

JAN 20 1925

Medical Lib.

VI^e Série. — Tome V.

N^o 12. — DÉCEMBRE 1924.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

SIXIÈME SÉRIE

Publiée par

CH. AUDRY (Toulouse). — L. BROCCQ (Paris). — J. DARIER (Paris).
W. DUBREUILH (Bordeaux). — E. JEANSELME (Paris).
J. NICOLAS (Lyon). — PAUTRIER (Strasbourg).
R. SABOURAUD (Paris). — G. THIBIERGE (Paris).
et P. RAVAUT (Paris)

RÉDACTEUR EN CHEF



MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
119, BOULEVARD-SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE MENSUELLE

CE NUMÉRO CONTIENT LE TITRE ET LES TABLES DU TOME V

Adresser tout ce qui concerne la rédaction au Dr Paul RAVAUT, Rédacteur en Chef,
17, rue Ballu, Paris IX^e. (Téléph. : Gutenberg 04.88).

Prix de l'abonnement pour 1925 (12 numéros à paraître)

France : 50 fr. ; Etranger : 60 fr.

Le numéro : 5 fr. — Changement d'adresse : 1 fr.

L'abonnement aux Annales de Dermatologie donne droit au service gratuit du
Bulletin de la Société de Dermatologie

Les abonnements partent du 1^{er} Janvier.

SAPO-CRÈME

CRÈME DE SAPOLAN

Antiprurigineuse, Rafraîchissante

SAPO-CADE

Huile de Cade vraie,

Sapolan, Ichtyol.

Antiderrhéique.

Antisquamex.

SAPOLAN
Réducteur doux, kératoplastique
d'emploi pur ou comme exfoliant soif

NOIR
ou
BLANC

SAVON

POUDRE :

Absorbant,
rafraîchissant.

LAIT de SAPOLAN

Antiphlogistique, calmant, adoucissant.

PÂTES de SAPOLAN

Poreuses, protectrices, antiprurigineuses.

ÉCHANTILLONS, Gros : R. CAVAILLÉS

34, rue de Turin, PARIS. Tél. Louvre 10-83

Détail : 9, rue du 4-Septembre, et Pharmacies.

Registre du Commerce : Paris 25.466

EPILEPSIE

Nouveau Traitement absolument inoffensif par le
Tartrate Borico-Potassique soluble et ch⁺ par
de L. PACHAUT

Tubes de 1 gr., 2 gr., 3 gr., 4 gr., 5 gr. — DOSE MOYENNE : De 3 à 4 gr. par jour. — Pour les Enfants : Réduire
suivant l'âge; dissoudre dans de l'eau au moment de l'emploi un tube à prendre en une seule fois
ou par fractions, suivant l'indication du Médecin. — L. PACHAUT, 120, B^e Beaumarchais, Paris 12^e arr.

PHOSPHOGENE DE L. PACHAUT

Produit de synthèse obtenu par des méthodes nouvelles, soluble dans les graisses, favorise l'assimilation
des aliments et agit comme tonique. Un flacon à déposer en pharmacie. 120, B^e Beaumarchais, Paris 12^e arr. — L. PACHAUT, 120, B^e Beaumarchais, Paris 12^e arr.

VALERIANE liquide de L. PACHAUT

Recommandée par le Corps Médical dans les NÉVROSES et en particulier dans les PHOBIES
d'origine surrénale ; à 5 milligrammes à 100 par jour. — L. PACHAUT, 120, B^e Beaumarchais, PARIS, et toutes Pharmacies.

R. de G. Seine, 12.722

TRAVAUX ORIGINAUX

DU LUPUS PERNIO

Par W. DUBREUILH et P. JOULIA

A considérer la littérature médicale depuis la première observation publiée par M. Besnier en 1889, et si on élimine les cas signalés par quelques auteurs où la nature de l'affection n'est pas prouvée il semble que le lupus pernio soit une affection rare. Il nous paraît cependant que cette rareté n'est qu'apparente, peut-être parce que les malades qui en sont atteints négligent de voir un médecin pour une affection plus disgracieuse que gênante.

Pour notre part cependant — est-ce la loi des séries? — Nous avons pu en observer cinq cas depuis la fin de la guerre. Trois d'entre eux ont été déjà rapportés par l'un de nous au 1^{er} Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française. Les deux derniers ont été vus depuis, à peu près en même temps et nous avons pu les suivre longuement.

Nous n'avons nullement dans ce travail la prétention d'apporter des données nouvelles concernant l'étiologie du lupus pernio qui demeure encore incertaine. Nous déplorons d'ailleurs que les moyens de laboratoire dont nous disposons ne nous aient permis de poursuivre des recherches dans la voie ouverte depuis 1917 par Schaumann. Nous ne nous proposons pas davantage de faire une revue générale et critique des travaux parus jusqu'à ce jour sur ce sujet. Rabut dans les *Annales* 1922 (n° 5, p. 227) ainsi que Gibert dans une récente thèse de Bordeaux (1924), ont mis récemment au point la question.

Notre ambition se borne à rapporter les deux derniers cas que nous avons observés tant au point de vue clinique qu'histologique et à compléter l'observation n° 1 publiée au 1^{er} Congrès, par quelques documents nouveaux, le malade ayant pu être suivi jusqu'à ces derniers jours.

Même compris dans ces limites modestes, nous ne pensons pas que notre travail soit inutile, car les cas de lupus pernio publiés

depuis Besnier aussi bien par les auteurs français qu'étrangers sont si disparates, qu'il est bon d'amasser des documents en vue d'une étude ultérieure.

Les nouveaux cas que nous venons d'observer n'ont peut-être pas une symptomatologie aussi riche que celle d'un certain nombre qui ont été publiés. Les lésions présentées par les deux malades siègent seulement au visage, mais l'aspect clinique, les examens radioscopique de l'appareil pulmonaire et radiographique des extrémités qui démontrent une atteinte générale de l'organisme, comme l'a montré Schaumann, ainsi que l'étude microscopique des biopsies ne laissent aucun doute sur leur authenticité.

Ons. I. — Des 3 cas de lupus pernio qui ont été l'objet de la communication au 1^{er} Congrès de Dermatologie, un seul a pu être suivi, celui de l'observation 1.

Nous en résumons succinctement l'histoire clinique, jusqu'au mois de février 1922.

Il s'agit d'un homme âgé de 42 ans lors de l'examen en octobre 1919, très maigre et de santé plutôt précaire, ayant des antécédents héréditaires maternels nettement tuberculeux. Dans son enfance, on relève des adénopathies cervicales, ainsi qu'en présente actuellement sa fille âgée de 5 ans.

Le lupus pernio dont il est atteint a débuté il y a 15 ans par la main, à l'annulaire droit, puis s'est manifesté au cinquième orteil gauche et à la face. Depuis 4 ans, l'affection est stationnaire avec des alternatives d'aggravation en hiver, d'amélioration en été. Au moment de l'examen les lésions occupaient le lobule du nez, le pavillon des oreilles, tous les doigts, les mains, les poignets et tous les orteils avec quelques îlots disséminés un peu partout. L'éruption était constituée par des plaques d'un rouge violet, bien limitées, profondément infiltrées, saillantes, indolentes et d'une mollesse gélatineuse. De plus on notait de la micropolyadénopathie à peu près généralisée et une splénomégalie légère avec matité de 10 centimètres.

Rien d'anormal dans les autres organes.

La formule leucocytaire était normale.

Le malade a été suivi assez régulièrement jusqu'à ce jour et nous avons pu constater une amélioration graduelle.

Un examen radiologique fait par M. Nancel-Pénard en novembre 1922 et en mars 1924 a montré les deux fois les mêmes lésions pulmonaires et osseuses. Dans les poumons on ne trouve aucune altération de parenchyme et les mouvements du diaphragme sont normaux, mais il y a une forte ombre ganglionnaire au hile de chaque côté, plus marquée à gauche. La radiographie des mains montre dans les deux dernières phalanges des deux côtés de nombreux petits points transparents bien limités, comme des lacunes, de la grandeur moyen d'une graine de lin (fig. 1).

L'état général s'est amélioré. Il est toujours aussi maigre, il a encore quelques palpitations, mais il en a toujours eu depuis nombre d'années ; il a moins d'oppression et moins de fatigue et peut maintenant travailler régulièrement de son métier de propriétaire cultivateur. La rate est toujours un peu grosse et donne à la percussion une matité de 8 à 10 centimètres. Le foie est de volume normal.

Les lésions cutanées s'améliorent graduellement. Il y a bien parfois des poussées congestives notamment en juin et novembre mais elles sont de moins en moins accusées. L'amélioration consiste surtout en un affaissement et une diminution de l'infiltration, les plaques rouges perdent leur relief et forment de simples macules rouges avec une faible infiltration molle sous-cutanée, finalement elles se réduisent à des taches violacées et peuvent même disparaître complètement.

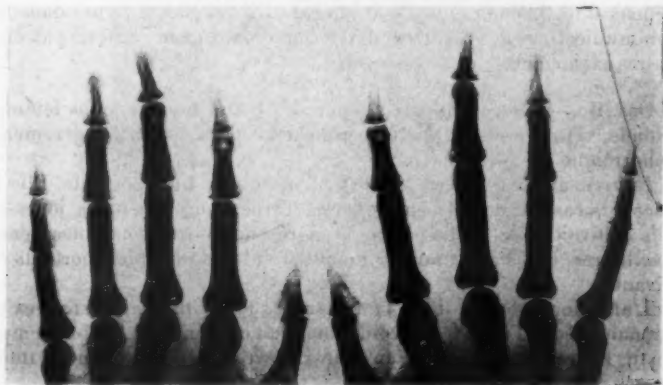


Fig. 1 — Obs. 1.

Le nez a repris sa forme normale, il est même plutôt mince sauf au moment des poussées congestives où le lobule se gonfle un peu, mais il reste tout entier d'un rouge violacé avec d'abondantes varicosités. Sur le côté droit du lobule il persiste une masse cornée dure qui tend même à augmenter un peu. C'est une masse très saillante et même aiguë, dure, jaunâtre et transparente, très résistante et adhérente. Quand on parvient à la détacher on trouve une surface épidermique tout à fait normale ou du moins ne différant en rien de celle du reste du lobule, aussi molle et aussi souple, cette hyperkératose a résisté à la radiothérapie et à la congélation ; elle ressemble un peu aux hyperkératoses des cicatrices.

Les oreilles ont leur forme normale mais la peau est rouge pourpre, fripée, flétrie, molle et comme succulente.

Les placards rouges des poignets persistent à l'état de macules violacées. Ceux des paumes, des épaules, de la nuque, des genoux ont disparu.

Les doigts restent un peu longs et gros, la peau est marbrée de pourpre surtout aux dernières phalanges, elle est molle, fripée, ridée et mobile. La face palmaire en revanche présente sur toute sa longueur un gonflement continu comme un bourrelet assez ferme, profond, faisant corps avec le squelette et avec la peau, gênant un peu la flexion des doigts. Les ongles sont toujours déformés, courts, convexes dans les deux sens, fissurés, soulevés par une hyperkératose sous-unguéale.

Le malade a pris de l'arsenic sous forme de pilules asiatiques à la dose de 10 à 15 milligrammes d'acide arsénieux par jour. Il n'a jamais présenté d'accidents d'arsénisme.

La teinture d'iode qu'il a pris pendant un temps était mal supportée et augmentait les palpitations.

L'examen anatomo-pathologique d'une biopsie pratiquée aux dépens d'un élément récent et turgide du poignet a figuré dans la communication au Congrès de Dermatologie et ne diffère pas des autres examens rapportés ci-dessus.

Obs. II. — Mlle Clotilde D..., âgée de 28 ans, est une jeune femme blonde, vigoureuse, d'apparence robuste, à peau épaisse, légèrement séborréique.

Nourrie au sein maternel, elle a toujours été bien portante. Elle a vécu à la campagne, aux environs de Tarbes où jusqu'à ces jours-ci elle cultivait la terre. Le père et la mère sont morts sans antécédents bacillaires, après avoir mis au monde 6 enfants tous bien portants et vivants.

L'affection a débuté il y a 11 ans sur les joues qui étaient rouges et prenaient sous l'action du froid une couleur violette. Au printemps 1919, le nez a été atteint à son tour. La lèvre supérieure enfin est intéressée depuis quelques semaines.

Quand elle se présente pour la première fois le 28 septembre 1922, le lobule du nez est le siège d'une infiltration cutanée d'un violet asphyxique, qui dans l'ensemble donne l'aspect d'une grosse crise. La tumeur est bien limitée, coiffant l'extrémité du nez, froide, indolente et très molle au toucher. L'épiderme est très aminci, se plisse finement et donne au palper une sensation un peu rugueuse due à la présence de petits cônes cornés. La coloration violette est plus marquée en certains points, qui font de légères saillies mamelonnées. On trouve même de fines télangiectasies. Peu sensible à la pression en été, le lobule devient légèrement douloureux spontanément au froid.

Les deux joues sont en grande partie recouvertes par des plaques rouges, légèrement saillantes, un peu accidentées par des mamelons de teinte plus foncée. La coloration de ces plaques est franchement rouge et diffère de la teinte violette du lobule du nez. Mais les caractères d'ensemble sont les mêmes que ceux de la lésion nasale.

A la joue droite, le placard est arrondi et présente les dimensions d'une pièce de 5 francs. Il s'arrête en haut et en dedans à 1 centimètre de la paupière inférieure et du nez ; il ne dépasse pas en bas la com-

missure labiale. Les limites en sont assez irrégulières, imprécises et les bords se dégradent rapidement vers la peau saine. Sa consistance est molle et sa surface, qui fait une légère saillie, est veloutée et douce au toucher. A la partie inférieure de la lésion, sont de petites dépressions épidermiques cratériformes, confluentes ou isolées, de teinte plus franchement rouge que le reste du placard. La vitropression fait pâlir la peau dans sa totalité et produit une coloration marbrée montrant sur un fond blanc ou gris de petits points brunâtres confluentes, non translucides et qui n'ont pas les caractères du nodule lupique.



Fig. 2. — Obs. II.

La joue gauche rappelle la joue droite. On y trouve deux plaques rouges, l'une à la partie supérieure de la joue, l'autre un peu au-dessus de la commissure labiale, de la dimension d'une pièce de 1 à 2 francs, séparés par un sillon assez large un peu plus rose que le reste de la joue, mais du reste sain. Sur l'îlot supérieur est une cicatrice, grande comme une lentille, due à un traumatisme. A la lèvre supérieure existe une tache uniformément rose, du diamètre d'une pièce de 0 fr. 50, de limites planes, à peine saillante et présentant à sa surface de fines téléangiectasies (fig. 2).

Le froid, ainsi que la pression répétée au cours de l'examen modifie un peu l'aspect des divers éléments. Ceux-ci deviennent plus saillants, comme turgescents et prennent une teinte violet foncé. Ce fait est surtout remarquable au nez. Il n'y a ni prurit ni douleur, si ce n'est par grand froid.

Aux mains et aux pieds, on n'observe pas de modifications de volume ou de coloration, mais les extrémités sont cependant froides même à la saison chaude. Un nombre considérable de verrues planes occupent le dos des mains et la face dorsale des avant-bras.

La malade n'a jamais eu d'engelures ni aux pieds, ni aux mains, ni à la face. Elle signale un catarrhe nasal fréquent en hiver.

L'examen des viscères ne montre rien de pathologique. Les poumons, le cœur, le foie et la rate sont normaux. La cuti-réaction à la tuberculine est négative. Dans le sang la formule leucocytaire est normale. Il n'y a pas d'hypertrophie des amygdales. Dans les deux régions sous-maxillaires existent de volumineux ganglions qui paraissent être en rapport avec une denture très défectueuse. Il existe enfin un ganglion épitrochléen du côté droit, du volume d'une noisette.

Le docteur Nancel Pénard qui a fait l'examen radioscopique du thorax a remis la note suivante : « Pas d'opacité appréciable du parenchyme pulmonaire. Les sommets s'éclairent bien à la toux. Bonne amplitude diaphragmatique. Hiles très chargés. Adénopathie hilaire manifeste, surtout appréciable à droite ».

A l'examen radiographique des mains et des pieds, le squelette est normal.

Le traitement a été d'abord général : sirop iodotannique, puis huile de foie de morue et liqueur de Fowler, remplacée bientôt par des pilules asiatiques. Localement il a été fait des applications de neige carbonique.

Sous l'influence de ces médications, l'amélioration s'est faite, lente mais progressive. Pendant le cours de l'été 1923, le nez a repris sa forme et ses dimensions normales et les plaques des joues ont à peu près disparu, laissant à leur place une fine cicatrice rosée qui est le vestige de la congélation.

Pendant l'hiver 1923-1924, les pommettes demeurent roses, chaudes, d'apparence normale. Mais depuis les premiers froids, le nez s'est violacé peu à peu sur toute son étendue et, en particulier, au niveau du lobule, qui n'a cependant pas augmenté de volume. De plus il est froid au toucher.

Tout traitement local est suspendu et il est prescrit 3 gouttes par jour de la solution au 1/100^e de trinitrine.

Examen microscopique d'une biopsie pratiquée sur un élément de la joue.

Au-dessous de l'épiderme très aminci dans toutes ses parties, mais au demeurant normal, la couche superficielle du derme est représentée par une nappe très vasculaire, véritablement angiomateuse, formée de vaisseaux contournés à large lumière, béants, généralement vides, leur paroi est presque réduite à leur endothélium dont les noyaux font quelquefois saillie dans la cavité. Le tissu dans lequel sont creusés ces sinus est très clair; comme oedématié, formé de fibres con-

jonctives très fines et surtout de cellules ramifiées en araignées, donnant un aspect de tissu muqueux.

Au-dessous règne une nappe épaisse d'infiltration cellulaire dense dont la biopsie n'atteint pas la limite profonde. Cette nappe, assez bien limitée vers la surface, paraît formée exclusivement de cellules et ne laisse nullement reconnaître la structure du derme qu'elle remplace ou qu'elle a fait disparaître. Dans cet infiltrat, on distingue des points plus clairs par la moindre abondance des noyaux, points qui sont quelquefois arrondis et nettement limités, presque encapsulés, plus souvent irréguliers et mal limités.

Cet infiltrat est surtout composé de cellules mononucléaires à noyaux petits, arrondis et fortement colorés. Quelquefois elles existent seules, mais généralement elles sont plus ou moins mélangées à d'autres cellules plus volumineuses qui, lorsque elles sont presque seules forment les îlots clairs précédemment signalés. Ces cellules ont un noyau plus volumineux, allongé, plus pâle, quelquefois tout à fait pâle et réduit à l'état d'ombre, souvent nucléolé. Leur protoplasma est très variable, mais occupe toujours un assez large espace. Il est tantôt homogène, finement granuleux, assez bien coloré par l'éosine, généralement plus ou moins creusé de vacuoles claires, lui donnant un aspect écumeux ou même remplaçant tout à fait le protoplasma, la cellule se trouvant alors réduite à un large espace clair avec un noyau au milieu. Les îlots clairs de l'infiltrat sont dus à la prédominance de ces cellules et la moindre abondance des mononucléaires. Ces cellules volumineuses à noyau pâle paraissent correspondre à des cellules dites épithélioïdes.

On ne voit pas de rapport entre ces îlots et les vaisseaux qui, du reste, manquent presque complètement dans l'infiltrat, alors que les vaisseaux dilatés de la surface ne présentent aucune infiltration péri-vasculaire. Pas de cellules plasmiques par la coloration de Papanheim.

Obs. III. — Mme Cast... Marie, âgée de 56 ans, domestique, vient à la consultation de la clinique dermatologique le 19 avril 1923 pour une tuméfaction indolente et rouge du nez et de l'oreille gauche.

C'est une femme de taille moyenne, en bonne santé, aux cheveux poivre et sel, au visage couperosé, de bon appétit, ne toussant ni ne crachant et ne s'enrhumant pas facilement. Veuve depuis 23 ans, son mari paraît être mort de tuberculose pulmonaire avec entérite bacillaire. Elle n'a qu'un fils âgé actuellement de 38 ans en parfaite santé et elle n'a pas eu d'autres grossesses. Elle a vécu jusqu'à 44 ans à la campagne où elle s'occupait outre des soins du ménage, d'une vache de race bretonne, d'apparence vigoureuse. Depuis 12 ans, elle habite Bordeaux.

L'affection a débuté il y a 2 ans 1/2 environ. La malade a noté alors que le pavillon de l'oreille gauche était un peu plus rouge qu'auparavant et qu'il augmentait de volume dans son ensemble. Elle a remarqué vers cette époque une petite plaque rouge sur le versant droit du

nez qui s'est étendue peu à peu. Depuis ce début les tuméfactions s'étendent d'une façon lente et progressive, sans arrêt notable dans leur évolution. Jusqu'à ce jour le traitement a été purement local et a consisté en application de pomades.

Examen le 19 avril 1923. — Le nez est le siège d'une tuméfaction violacée disposée d'une façon symétrique sur l'arête et les deux versants. Sur l'arête, la rougeur commence à un travers de doigt de la racine du nez et s'étend en bas à la plus grande partie du lobule; elle s'étale sur les deux versants en respectant à peu près les ailes. Les dimensions sont de 5 centimètres sur 4. Ce nez se trouve ainsi légèrement augmenté de volume surtout aux 2/3 inférieurs de l'arête et des versants. La limite de la tuméfaction est assez précise dans l'ensemble. La teinte est à peu près uniformément rouge violacée, mais de fines téléangiectasies sont surtout remarquables à la périphérie, près des pommettes qui sont fortement couperosées. La surface est à peu près unie bien que l'on observe déjà à l'œil nu les orifices folliculaires très dilatés. A la loupe, la plupart d'entre eux sont obturés par de petits bouchons cornés un peu saillants qui donnent au toucher une sensation de rape. Ces bouchons sont plus abondants à l'extrémité du lobule où leur confluence forme une petite plaque brunâtre ressemblant à la séborrhée concrète et que le lavage à l'éther ne fait pas disparaître.

A la palpation, qui est indolente, la tuméfaction est nettement infiltrée, très molle au niveau du lobule, de consistance plus ferme sur l'arête. La vitropression fait pâlir la lésion, mais ne met pas en évidence de points jaunes lupiques.

A aucun moment, la malade n'a observé d'écoulement nasal et elle n'a jamais mouché de croûtes.

L'oreille gauche, est augmentée de volume dans toute son étendue, mais la tuméfaction occupe surtout le bourrelet et le lobule dont le volume est au moins le double de celui de l'oreille droite qui est saine. La coloration est uniformément rouge violacée, parsemée de fines téléangiectasies. La peau est très fine et amincie. L'infiltration uniforme est surtout marquée au lobule qui est pendant et comme myxomateuse, sa consistance est d'une mollesse extrême. A la vitropression la rougeur disparaît et laisse à la place une coloration blanc grisâtre parsemée de petits nodules miliaires jaunâtres, opaques assez différents des nodules jaunes du lupus myxomateux. Le froid n'a pas d'influence sur le volume et la couleur (fig. 3).

L'examen des différents viscères est normal. La malade ne présente pas de ganglions et d'amygdales particulièrement volumineuses. La cutiréaction à la tuberculine est négative. Dans le sang, la formule leucocytaire est normale.

L'examen radioscopique de l'appareil pulmonaire pratiqué par le Dr Nancel Pénard a montré « des plages pulmonaires normalement transparentes, aucun indice de densification du parenchyme. Par contre, les régions hilaires sont très chargées des deux côtés et il y a

donc une adénopathie manifeste et importante, bilatérale, mais peut être plus accusée du côté gauche ».

L'examen clinique des phalanges des mains et des pieds et la radiographie ne montrent aucune altération pathologique.

Les fosses nasales examinées dans le service du Dr Moure sont normales.

Le traitement consiste en pilules à l'acide arsénieux à raison de 5 puis 10 milligrammes par jour et en applications de neige carbonique. L'amélioration est assez rapide.



Fig. 3. — Obs. III.

La malade est revue le 23 novembre 1923. Le nez est normal comme forme et comme volume, à l'exception d'une très légère tuméfaction rose à la partie inférieure du lobule qui n'est cependant pas assez accusée pour qu'on intervienne. On constate de plus que la paroi droite du nez est plus épaisse que celle de gauche. Cet épaississement, perceptible seulement par la palpation bidigitale est peu étendu et fait seulement relief à l'intérieur des fosses nasales.

A l'oreille gauche le lobule a un volume normal. Il est plus pâle quoique encore un peu marbré de rouge violacé. Au-dessus du lobule et sur une hauteur de 3 centimètres l'ourlet est encore pourpre, gonflé et mou.

Il est fait une nouvelle application de neige carbonique et l'acide arsénieux est porté à 12 milligrammes.

*Examen microscopique d'une biopsie faite aux dépens
de l'oreille gauche.*

I. — La pièce assez étendue et assez profonde est entièrement formée par un tissu de granulations qui remplace entièrement le derme dont on ne trouve plus de traces ; ce tissu est fortement œdématisé et cet œdème dissociant tous les éléments donne aux coupes l'aspect d'une fine dentelle.

L'épiderme de revêtement est extrêmement mince mais on y retrouve toutes les couches normales : une mince lamelle cornée ; quelques cellules granuleuses très aplaties ; deux ou trois rangées de cellules muqueuses, aplaties et lamelleuses ; une couche basale indistincte et comme vaculaire à cause de l'œdème qui en dissocie les cellules en leur donnant une forme étoilée.

Au-dessous de cet épiderme rudimentaire se trouve une lame conjonctive d'épaisseur variable mais généralement d'une extrême minceur, œdématisée et modérément infiltrée de lymphocytes.

Tout le reste (c'est-à-dire la presque totalité de la coupe) est occupé par un tissu de granulations dans lequel on peut distinguer des amas de cellules épithélioïdes et des travées de tissu réticulé peuplées de cellules rondes.

Un peu partout mais surtout vers la surface, sous l'épiderme et dans les travées de tissu réticulé, sont de très nombreux vaisseaux inégalement dilatés, à parois très minces presque réduites à leur endothélium ayant plutôt l'aspect de tissus que de vaisseaux véritables.

Les travées sont formées par un tissu réticulé très fin, colorable cependant par le rouge ponceau, et dont les nœuds sont occupés par des cellules ayant un noyau petit, rond, bien limité, fortement coloré dans sa totalité et dont le protoplasma est très réduit et souvent invisible, de sorte que ces noyaux paraissent nus ; en raison de l'abondance des noyaux, ces travées paraissent violettes à un faible grossissement dans les préparations à l'hématéine.

Elles se ramifient pour séparer plus ou moins complètement les amas de cellules épithélioïdes.

Celles-ci forment des amas arrondis qui sur les coupes colorées à l'Hématéine-Eosine forment des taches rougeâtres principalement formées par des cellules à noyau plus volumineux, allongé, pâle et quelquefois presque incolore, n'ayant pas pris les couleurs basiques, elles se distinguent à peine du protoplasma ; ce protoplasma fortement acidophile est assez abondant et les cellules sont donc assez grandes,

de volume inégal et de forme irrégulière, étoilées, généralement dissociées par l'œdème et s'anastomosant par leurs prolongements; quelquefois ces cellules sont moins dissociées et plus cohérentes, formant des plasmomes à noyaux très multiples ou des sortes de cellules géantes irrégulières et à noyaux irrégulièrement distribués. Entre ces grosses cellules pâles se trouvent toujours, disséminées, un certain nombre de petites cellules rondes à noyau fortement coloré.

Les amas épithélioïdes sont assez petits, généralement arrondis, tantôt contigus, tantôt séparés par des trainées de tissu reticulé, mais généralement assez distincts.

Dans les préparations colorées au Pappenheim on ne voit pas de cellules plasmatiques mais on remarque que le protoplasma homogène des cellules épithélioïdes prend une légère teinte rosée.

Malgré les recherches pleines d'intérêt de Schaumann, la nature du lupus pernio demeure encore tout à fait inconnue. Cependant, en présence de l'éruption généralisée que l'on observe à un stade avancé de la maladie, en présence surtout des lésions ganglionnaires qui paraissent assez précoces et des altérations osseuses dans lesquelles Schaumann a pu trouver au microscope la structure assez typique du lupus pernio, on ne peut se défendre de croire à une maladie générale dont l'agent infectieux est encore à connaître.

Au point de vue clinique, le lupus pernio présente de grandes analogies avec le lupus érythémateux des extrémités avec le lupus vulgaire myxomateux lorsqu'il atteint plus particulièrement les oreilles ou le lobule du nez, mais souvent un examen attentif permettra de faire le diagnostic. Dans tous les cas l'examen histologique évitera la confusion en montrant des lésions tout à fait différentes, et sur lesquelles l'un de nous a insisté au cours de sa communication au 1^{er} Congrès.

Le lupus pernio par ses caractères cliniques, radiologiques et histologiques, constitue bien une entité clinique définie dont il ne reste que l'agent pathogène à découvrir, mais n'en est-il pas de même encore pour un grand nombre d'affections ?

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HISTO-PHYSIOLOGIE CUTANÉE

LES ECHANGES DERMO-EPIDERMiques ET LE RESEAU TROPHO-MELANIQUE

Par MM. L.-M. PAUTRIER et G. LÉVY

I. — LA CIRCULATION PLASMATIQUE

Le problème des relations entre le derme et l'épiderme s'est posé à tous les histologistes qui ont étudié la structure normale de la peau.

Deux notions se sont imposées à l'esprit des observateurs et semblent avoir puissamment contribué à l'édification des conceptions classiques. C'est d'abord la notion de l'origine différente du derme et de l'épiderme, l'un dérivant du mésenchyme, l'autre de l'ectoderme. Le dogme, longtemps inébranlé, de la spécificité des feuilletts et de leurs dérivés a préparé les esprits à accepter la conception d'une séparation morphologique complète de deux tissus que leur topographie et leurs fonctions rapprochent cependant, pour en faire un organe complexe mais indivisible.

L'autre notion importante a été la constatation de l'absence de tout vaisseau sanguin dans l'épiderme. Dès qu'il était avéré que l'épithélium ne contient pas de vaisseaux, il était naturel de penser que sa nutrition dépend étroitement du derme et plus spécialement du derme papillaire, celui-ci contenant les vaisseaux qui charrient les matériaux nutritifs nécessaires au maintien de la vie cellulaire.

Le corps papillaire, de structure délicate, formé par des faisceaux conjonctifs très fins, feutrés en une trame serrée, et par des fibres élastiques ténues est, en effet, parcouru par les arbori-

sations ascendantes des capillaires sanguins et lymphatiques nées du plexus sus-dermique. La paroi de ces capillaires est à peu près réduite à leur endothélium, assurant ainsi une transsudation facile des plasmas et des éléments migrants par osmose ou diapédèse. Manifestement tout est organisé, dans la structure du corps papillaire, pour assurer la facilité et la rapidité des échanges, cet étage cutané devant assurer non seulement sa propre nutrition mais encore celle de l'épiderme, vernis de recouvrement superposé au-dessus de lui.

Le plasma, contenant les matériaux nutritifs nécessaires à l'entretien de la vie de l'épiderme, à la multiplication et à l'évolution incessante de ses cellules, aborde celui-ci au niveau de la couche basale, puis, à la hauteur du *stratum filamentosum*, circule dans les espaces canaliculés, traversés par les filaments d'union qui existent entre les cellules du corps muqueux, espaces au niveau desquels on trouve toujours quelques cellules migrantes.

Telle est l'opinion de la quasi-totalité des dermatologistes français et étrangers qui ont étudié l'histologie cutanée. Nulle part il n'est fait allusion à un mode de nutrition de l'épiderme qui ne proviendrait pas directement et uniquement du plasma sanguin issu des capillaires du corps papillaire et transsudant à travers la basale. Cette conception classique est acceptée partout et on ne songe même pas à la discuter.

Policard, qui abandonne délibérément l'observation morphologique pure pour s'orienter vers l'histo-physiologie, se contente d'affirmer à son tour que l'épiderme, ne renfermant pas de capillaires sanguins propres, dépend, au point de vue nutritif, de la vascularisation de la couche papillaire du derme.

Schaffer, un des histologistes modernes de langue allemande, s'en tient à la même affirmation classique, sans chercher plus loin.

Or, fait paradoxal, tous ces auteurs, quelle que soit la dénomination qu'ils adoptent : membrane basale hyaline (Darier), membrane basale homogène (Schaffer), membrane basale sans qualificatif (Policard), sont d'accord pour décrire une membrane séparant nettement le derme de l'épiderme, membrane très mince, sans structure, de nature conjonctive. Ils se contentent d'affirmer que le plasma traverse sans difficulté cette membrane anhiste.

Malgré toute l'importance que nous attacherions à une discussion au sujet de cette pseudo-membrane basale, il n'entre pas dans le plan de cet article d'épuiser cette question. Nous n'insisterons donc pas sur les considérations théoriques qui paraissent s'opposer à la conception d'une membrane hyaline, qui permettrait bien le passage des cristalloïdes dissous dans le plasma, mais arrêterait vraisemblablement certains colloïdes, dont l'importance vitale n'est plus à démontrer.

Nous nous bornerons à dire, au point de vue morphologique, que depuis longtemps nous pensons, comme Rubens Duval (avec qui nous sommes complètement d'accord sur ce point) l'a soutenu dans sa remarquable thèse sur la *Cytologie des Inflammations cutanées*, que la basale n'est pas homogène, qu'elle n'est pas une membrane hyaline. Elle nous paraît au contraire constituée par un feutrage de fibrilles ménageant des interstices, par lesquels s'établissent, entre cellules dermiques et cellules épidermiques, des connexions protoplasmiques (voir figure 7, planche IV) et par lesquelles se fait, vraisemblablement en partie au moins, cette circulation plasmatique dermo-épidermique, dont nous ne songeons nullement à contester l'importance.

De propos délibéré, et pour mieux mettre en valeur le problème de physiologie cutanée sur lequel nous désirons attirer l'attention, nous renonçons aujourd'hui à nous étendre sur ces faits.

Nous limitons strictement ce travail à l'étude de la question suivante :

Existe-t-il, entre le derme et l'épiderme, en dehors de la circulation plasmatique, un système trophique spécial, reliant l'épithélium au milieu intérieur? Si ce système existe, quelles sont son importance locale et sa signification générale?

Dans ce premier mémoire, destiné à poser un problème du plus haut intérêt pour les dermatologistes, nous n'avons pas la prétention d'épuiser un sujet dont on ne peut qu'entrevoir toute l'importance. Nous nous bornerons à signaler et à grouper certains faits, les uns connus depuis un certain temps, les autres d'acquisition récente et auxquels nous apportons une contribution personnelle et une démonstration nouvelle. Leur confrontation et leur interprétation permettent d'élargir singulièrement et de préciser nos connaissances sur la physiologie normale et pathologique de la peau. Nous avons la conviction qu'appliquées

systématiquement à l'analyse physio-pathologique des lésions cutanées, ces données nouvelles permettront de mieux comprendre les phénomènes morbides qui se déroulent dans l'épiderme et dont l'étude objective — quoi qu'on en dise — est loin d'être achevée.

II. — CONDITIONS PERMETTANT D'ABORDER L'ÉTUDE DES ÉCHANGES DERMO-ÉPIDERMIQUES EN DEHORS DE LA CIRCULATION PLASMATIQUE.

Le problème de la nutrition des cellules épidermiques se pose surtout pour les cellules fertiles de la couche basale et pour les cellules formant le corps de Malpighi.

On peut admettre que l'évolution cornée se fait sans nouvel apport de matières nutritives, peut-être même à cause de la cessation de cet apport.

C'est donc sur les cellules basilaires et les cellules malpighiennes que nous porterons particulièrement notre attention, sans nous occuper des stades évolutifs ultérieurs de la cellule épidermique.

Les phénomènes vitaux physico-chimiques qui aboutissent à l'édification des protoplasmes et des substances nucléaires des cellules épidermiques nous échappent dans leur essence et ne sauraient faire pour l'instant l'objet d'une analyse micro-chimique.

Nous en sommes réduits à étudier des manifestations partielles de l'activité cellulaire, des processus accessibles à l'observation pour des raisons souvent contingentes et dont l'importance réelle est difficile à apprécier. On tend manifestement à exagérer la signification des phénomènes visibles, à négliger par contre des phénomènes moins évidents et dont la connaissance serait probablement souvent plus importante.

Ainsi, dans l'épiderme, l'étude de la pigmentogénèse et de la pigmentation, phénomènes facilement visibles, a suscité des recherches fort nombreuses et des controverses animées, qui sont loin d'être éteintes.

De nombreux auteurs ont accumulé des faits intéressants certes, pris séparément, mais dont la synthèse dépasse largement le cadre de la question pigmentaire.

Il n'entre nullement dans le plan de cet article de faire l'histoire du problème de la pigmentation. A la suite de Borrel et de Masson, nous ne considérerons pas la pigmentogénèse comme un phénomène isolé, dont l'importance physiologique est discutable et discutée, mais comme un *témoin* d'un processus vital, se déroulant dans la peau sous une forme particulièrement favorable à l'observation.

La formation et la distribution du pigment, phénomènes physiologiques normaux, seront donc notre premier « réactif révélateur ».

D'autre part l'étude d'une manifestation pathologique, le xanthome, représentée par le dépôt et la distribution anormales de substances faciles à colorer et à suivre dans leurs migrations — graisses partiellement colorables par le scharlach — nous permettront, dans des conditions toutes différentes, d'aborder l'étude des échanges dermo-épidermiques avec un second témoin.

Certes, circulation pigmentaire, circulation des éthers de la cholestérine dans le xanthome, ne sont que des images fugaces et partielles de l'activité cellulaire, n'en représentent qu'un moment, qu'un stade particulier ou passager. Mais nous possédons, dans l'un et l'autre cas, des techniques et des réactions colorantes, qui nous permettent de suivre les phénomènes d'activité cellulaire dans leur intimité.

III. — PIGMENT ET CIRCULATION CELLULAIRE.

LA CELLULE DE LANGERHANS.

Si l'on étudie chez un sujet de race blanche une coupe de peau, sans artifice de préparation, il peut être assez difficile d'apercevoir le pigment cutané. Cependant, dans des régions physiologiquement hyperchromiques (organes génitaux externes, marge de l'anus, aréole des seins) on constate l'existence de petites granulations jaunes, brunes ou presque incolores. Ces granulations de *mélanine* sont incluses surtout dans les cellules basilaires. On en trouve cependant dans les cellules malpighiennes et dans certaines cellules conjonctives étoilées, situées surtout dans le derme papillaire.

Utilisant la propriété argento-réductrice de la mélanine, P. Masson a indiqué une technique des plus simples, d'une régu-

larité parfaite, qui permet de transformer en granulations noires, opaques, très visibles, les granulations pigmentaires mélaniques, quelle que soit leur couleur propre. (Les granulations argento-réductrices incolores, ou jaunes, ou brunes, sont-elles des phases d'oxydation plus ou moins avancée d'un unique prépigment? C'est probable. Quoi qu'il en soit, sur la coupe argentée, ces granulations se présentent toutes sous le même aspect). Sa facilité d'exécution, sa fidélité absolue en font la méthode de choix pour l'étude du pigment mélanique et sa répartition. Dans certains cas il est utile de la confronter avec la dopa-réaction de Bruno Bloch, qui est d'un intérêt doctrinal si important.

Examinons une préparation de peau traitée par la méthode de P. Masson (1) (voir figure 4 planche III). Le pigment se trouve surtout dans les cellules basilaires où souvent il est disposé sous forme d'un amas coiffant le noyau de la cellule. Ça et là on aperçoit, entre les cellules malpighiennes, ou rampant sous la basale, un alignement linéaire de granulations mélaniques. Sur des coupes favorables — surtout quand la coupe passe par un plan voisin de celui de la basale — on constate que ces alignements sont en réalité des prolongements protoplasmiques ponctués par des grains de mélanine partant de certaines cellules particulières, cellules à corps anguleux, située dans la couche germinative. Ces prolongements s'insinuent dans les espaces intercellulaires malpighiens soit directement, soit après avoir rampé plus ou moins loin sous la basale.

Nous ne pouvons mieux faire que reproduire la description qu'en donne P. Masson :

« Le corps est situé dans la couche basilaire de l'épiderme, ordinairement au contact de la basale. Il peut être étalé sur cette basale et moins haut que les cellules basilaires voisines, ou étroit et haut comme elles. Il est anguleux et émet par ses angles de nombreux prolongements très fins dont les uns, issus de la face superficielle de la cellule s'insinuent et se ramifient entre les cellules malpighiennes, les autres, nés au voisinage de la membrane basale, s'insinuent entre les pieds des cellules basilaires en rampant au contact de la basale puis se coudent à angle droit et

(1) Technique : Fixateur sans chrome, coupes à paraffine. Immerger 2 heures dans Fontana à 10 o/o ; laver à l'eau distillée, virer au virage de Cajal, fixer à l'hyposulfite de soude à 5 o/o.

remontent verticalement vers la surface en suivant les parois latérales des cellules basilaires. Après un certain trajet, chaque extrémité de filament se perd en s'étalant sur la face supérieure d'une cellule malpighienne et semblant même y pénétrer.

Si l'on examine une région cutanée où les cellules de Langerhans sont nombreuses, elles sont difficiles à distinguer les unes des autres. Mais si l'on étudie une région où elles sont clairsemées, on se rend compte que chacune d'elles est au centre d'un cercle qui forme la base d'un cylindre de cellules épidermiques entre lesquelles elle insinue ses rameaux. Chacun de ceux-ci se termine à la surface ou dans la région supranucléaire d'une cellule malpighienne. A mesure que celle-ci monte à la surface, le rameau s'allonge et il se brise au plus tard quand la cellule atteint le *stratum granulosum*, mais la coiffe pigmentaire reste accolée à la cellule malpighienne.

Chaque cellule de Langerhans entre donc en rapport avec un groupe de cellules malpighiennes. Par ses nombreux prolongements elle semble leur distribuer du pigment et leur abandonne une partie de sa substance au moment où elles vont se kératiniser ».

Ces cellules rameuses d'aspect si particulier sont connues de longue date. Elles furent découvertes en 1868 par Langerhans qui les interpréta comme des cellules nerveuses disposées sur les points nodaux du réseau nerveux intra-épidermique qu'il réussit à mettre en évidence — en même temps que les cellules rameuses — par le chlorure d'or.

Depuis lors la plus grande confusion n'a cessé de régner au sujet de la cellule de Langerhans. Si l'on a abandonné la théorie qui en faisait une cellule nerveuse (1) — théorie à laquelle on reviendra peut-être, sous une forme différente, à la suite des travaux de P. Masson — c'est pour en faire successivement des leucocytes (Ranvier), des chromatophores, (Ribbert), des cellules conjonctives spéciales (Ehrmann, Borrel). Les travaux récents de Bruno Bloch et de ses élèves nous ont apporté un argument important en faveur de l'origine épidermique de la cellule de Langerhans en montrant qu'elle jouit du pouvoir pigmentogénétique qui est dévolu uniquement aux cellules d'origine ectodermique,

(1) Pour Borrel, les granulations de mélanine contenues dans les prolongements des cellules de Langerhans se superposent aux fines terminaisons nerveuses qu'elles protègent contre la lumière.

qui seules méritent le nom de mélanoblastes, les cellules dermiques pigmentaires n'étant que des chromatophores, simples porteuses de pigment importé, qu'elles sont incapables d'élaborer elles-mêmes (sauf en ce qui concerne la tâche mongolique).

Or, dans une communication des plus importantes que P. Masson apportait en mars 1921 à notre Réunion dermatologique de Strasbourg, cet auteur montrait que le contenu de la cellule de Langerhans est en rapport avec le contenu des cellules conjonctives sous-jacentes. Dans un cas de xanthelasma palpébral, la réaction argentique était positive dans les cellules basilaires et malpighiennes sur les deux bords de la plaque xanthélasmi- que : par contre, au centre, là où les cellules du derme papillaire se montraient, par le scharlach, bourrées de graisses et d'éthers de la cholestérine, la réaction argentique était négative et ne montrait pas de cellules de Langerhans noires. Mais, inversement, dans cette région centrale, l'épiderme contenait des graisses neutres et des lipoïdes et ces graisses n'étaient pas contenues dans les cellules basilaires et malpighiennes, mais dans des éléments rameux qui n'étaient autres que de vraies cellules de Langerhans.

Dans un cas de xanthome papuleux où les cellules à lipoïdes restaient localisées au derme profond et respectaient le derme papillaire, dont les cellules conjonctives avaient un aspect normal, les cellules de Langerhans à leur tour ne contenaient pas de graisses.

Enfin, dans un cas de radiodermite où toutes les cellules dermiques étaient chargées de granulations d'hémossidérine, se colorant en bleu par le ferrocyanure de potassium, le corps et les prolongements des cellules de Langerhans montraient, parmi leurs grains mélaniques, des granulations bleues caractéristiques.

Masson était donc en droit de conclure que le contenu des cellules de Langerhans est en rapport avec le contenu des cellules conjonctives sous-jacentes, qu'elles contiennent des substances anormales de même ordre que celles que contiennent les cellules du derme papillaire — et que d'autre part ces mêmes cellules de Langerhans tiennent sous leur dépendance le contenu des cellules épidermiques. « Les cellules de Langerhans semblent donc jouer le rôle de cellules intermédiaires, amboceptrices, entre le derme et l'épiderme, empruntant à l'un ce qu'elles distribuent à l'autre... or les cellules dermiques sont anastomosées, intercom-

municantes. Les substances qu'elles contiennent semblent progressivement triées ou transformées de la profondeur vers la surface, et, comme il n'en existe pas entre les cellules, c'est dans les cellules conjonctives et probablement de cellule à cellule que les modifications s'opèrent... Or, c'est le contenu des cellules du derme papillaire qui commande le contenu des cellules de Langerhans : nous devons donc admettre qu'entre le vaisseau et la cellule épithéliale, certaines substances seront véhiculées, non par simple diffusion dans les interstices conjonctifs, mais par circulation inter et intracellulaire. La cellule de Langerhans est le dernier relai, relai distributeur d'un réseau circulatoire et trophique interposé entre le sang et l'épithélium ».

Masson reprenait ainsi et développait une théorie antérieurement émise par Borrel. Dans une courte note, insuffisamment développée et de ce fait restée un peu sybilline et ne paraissant pas avoir été pleinement comprise à l'époque — note sur « Le plan pigmentaire et œvo-carcinome » accompagnant une longue démonstration et des projections faites à la Société du Cancer en 1914. — Borrel avait en effet apporté des faits et suggéré des hypothèses du plus haut intérêt. De ses études sur les invertébrés et les vertébrés inférieurs, en particulier sur l'alytes, Borrel avait conclu à l'existence d'un plan cellulaire, sorte d'immense syncytium, se poursuivant à travers tous les feuilletts par des cellules unies dans une fonction commune, et aboutissant à un étalement au niveau de l'épiderme. « Les cellules de ce plan interstitiel, chargées de distribuer dans l'épiderme ou dans certaines glandes les grains pigmentaires ou les plastes nutritifs, jouent le rôle de cellules nutritives pendant toute la jeunesse ». Borrel déclarait déjà que les cellules de ce plan nutritif ou pigmentaire peuvent être considérées comme recevant des capillaires les éléments nutritifs. « Le pigment, écrivait-il encore, — et c'est là ce qui caractérise la cellule pigmentaire et le système pigmentaire — peut circuler de cellule à cellule, soit vers les cellules malpighiennes, soit vers d'autres cellules de type mésodermique ». La fonction mélanogène étant l'un des attributs de ce feuillet, celui qui était en tout cas le plus facile à mettre en évidence, Borrel le désignait sous le nom de « plan pigmentaire ».

Pour en revenir d'une façon plus précise à la question des échanges dermo-épidermiques, révélés par les fonctions pigmentaires, *il semble donc que l'on puisse admettre que la cellule de*

Langerhans, capable de puiser dans le derme le chromogène, peut le transformer en pigment, grâce à son oxydase spécifique (B. Bloch) — et qu'elle peut, d'autre part, céder du chromogène ou de la mélanine aux cellules malpighiennes qu'englobent ses prolongements.

Inversement, la cellule de Langerhans peut passer son pigment aux cellules dermiques sous-jacentes, qui sont incapables, parce que dépourvues d'oxydase (B. Bloch), de le former par leurs propres moyens et qui ne sont que des « cellules tatouées ». Interposées entre le derme et l'épiderme (amboceptrices) ces cellules sont le siège de deux courants de transports matériels en sens inverse : l'un dirigé du derme vers l'épiderme, l'autre allant de l'épiderme vers le derme.

IV. — GRAISSES ET ÉCHANGES CELLULAIRES. LA CIRCULATION DES GRAISSES DANS LES XANTHOMES

Le « plan pigmentaire » décrit par Borrel chez les invertébrés et les vertébrés inférieurs n'avait pas encore été constaté expérimentalement chez l'homme. On pouvait le considérer jusqu'à présent, comme une abstraction physiologique, dont la démonstration restait à fournir.

Dans le cas de xanthelasma que nous avons rapporté plus haut, P. Masson avait bien vu les cellules de Langerhans se charger d'éthers de la cholestérine et de graisses, qu'elles puisaient dans les cellules du corps papillaire et il était ainsi amené à concevoir l'existence d'un réseau circulatoire et trophique interposé entre le sang et l'épithélium.

La preuve de l'existence anatomique de ce réseau restait à fournir. Nous pouvons l'apporter aujourd'hui en nous basant sur trois observations personnelles de xanthomes, particulièrement démonstratives, et que nous avons déjà publiées l'an dernier, au II^e Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française.

Il s'agit de trois cas de xanthomes en tumeurs, en série familiale, avec infiltrations xanthomateuses tendineuses et juxta-articulaires, s'accompagnent d'hyper-lipo-cholestérinémie considérable. Les malades, trois fillettes, deux sœurs et une cousine germaine, âgées de 10, 8 et 13 ans, présentaient de nombreu-

ses lésions de xanthomes en tumeurs, dispersées sur tous les téguments, des tophi xanthomateux énormes autour des articulations des pieds et des mains, et des infiltrations xanthomateuses considérables autour des tendons des extenseurs des doigts des mains et des pieds, et surtout autour du tendon d'Achille. Elles présentaient toutes trois une hyper-cholestérinémie sanguine extrêmement importante puisqu'elle atteignait chez elles respectivement les dosages de : 6 gr. 668 0/00, 7 gr. 808 et 7 gr. 865, avec des dosages d'acides gras donnant : 9 gr. 60 0/00, 9 gr. 111 et 8 gr. 47.

Nous disposons avec nos trois malades, d'un matériel d'étude particulièrement démonstratif puisque, avec le Scharlach, nous possédons une technique de coloration qui nous permet de suivre et de déceler partout la présence des graisses enrobant les éthers de la cholestérine. L'étude histologique des lésions de nos petites malades promettait donc d'être particulièrement fructueuse et elle le fut en effet :

Nous ne reviendrons pas sur la description des lésions tendineuses que nous avons déjà publiée, lésions cependant bien intéressantes, puisque nous avons eu la surprise de lire tout récemment, dans l'avant-dernier numéro des *Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, un mémoire de Lecène et Moulonguet consacré à l'étude des tumeurs à myéloplaxes des gaines tendineuses et qui d'après les figures publiées semblent bien être en réalité des xanthomes tendineux.

Nous nous bornerons à donner la description histologique d'une lésion de xanthome de la peau, en tumeur, qui, seule, a trait au sujet que nous traitons aujourd'hui.

La tumeur, développée dans le derme superficiel et papillaire, est entièrement recouverte d'un épithélium lisse, d'aspect sensiblement normal, dont les crêtes se sont effacées sous la pression des cellules pathologiques qui le soulèvent. Ces cellules, séparées le plus souvent de l'épithélium par une mince bandelette collagène, peuvent arriver à son contact immédiat. Elles ont l'aspect caractéristique des « cellules xanthélasmiqes » telles que Chamberland les a décrites. Déjà au faible grossissement on est frappé par la *disposition périvasculaire constante* des amas xanthomateux. C'est autour des vaisseaux de petit et moyen calibre que s'ordonnent, avec une régularité souvent parfaite, les cellules xanthomateuses, qui forment des manchons périvasculaires arri-

vant par endroits au contact les uns des autres, et pouvant se fusionner pour former de vastes nappes xanthomateuses.

Une coloration au scharlach sur coupe à congélation démontre que toutes ces cellules sont bourrées de substances scharlachophiles, à tel point que la structure de leur protoplasme et de leur noyau en est masquée (voir figures 1 et 2).

En lumière polarisée on constate aisément qu'une fraction importante de ces substances est anisotrope. La coloration au scharlach permet en outre de saisir des détails dont nous verrons tout l'intérêt plus tard : elle met en évidence *dans le protoplasma même de certains endothéliums vasculaires des gouttelettes graisseuses* bien caractérisées et elle permet de constater la présence de *gouttelettes analogues dans certaines cellules de l'épithélium qui revêt la tumeur* (voir figures 2 et 3).

Autre fait important : *la graisse est toujours rigoureusement intracellulaire*. Précisons d'après les coupes à paraffine la structure d'un amas typique de cellules xanthomateuses en commençant par son centre, c'est-à-dire par le vaisseau. Au contact de la lame collagène sur laquelle repose l'endothélium — s'il s'agit d'un capillaire — ou dans l'épaisseur de la tunique vasculaire — s'il s'agit d'un vaisseau plus important — on trouve des cellules petites, arrondies, lymphocytoïdes dont le protoplasme est à peine perceptible et des cellules conjonctives fusiformes dont le protoplasme légèrement augmenté est criblé de gouttelettes graisseuses (celles-ci, dissoutes par les manipulations de l'inclusion, sont visibles en négatif sous forme de trous).

A mesure qu'on s'éloigne du vaisseau, les cellules deviennent plus volumineuses, en rapport avec une infiltration lipo-lipoïdique plus considérable. Le protoplasme présente un aspect finement spumeux : il est réduit à un réseau d'une délicatesse extrême, dont les mailles contenaient, avant l'inclusion, les gouttelettes graisseuses. Ça et là on rencontre des cellules géantes qui, en rapport avec leur masse protoplasmique accrue, possèdent plusieurs noyaux. Ceux-ci sont ou bien dispersés sans ordre dans la masse protoplasmique, ou bien se groupent très régulièrement sous forme de couronne autour de l'archoplasma à une certaine distance de la périphérie cellulaire. Jamais on n'observe de karyokinèse dans les cellules xanthomateuses.

Nous avons dit qu'à certains endroits les cellules xanthomateuses arrivaient au contact direct de la basale. *Ça et là nous*

avons pu observer une cellule de Langerhans puisant — à l'aide de ses prolongements — directement dans une cellule xanthomateuse (voir figures 2 et 3) la graisse dont elle se charge et qu'elle distribue aux cellules malpighiennes tributaires de ses ramifications.

Mais le plus souvent, entre les cellules xanthomateuses proprement dites et l'épithélium — nous le rappelons ici — se trouve une bandelette collagène d'épaisseur variable.

Malgré cette séparation les cellules de Langerhans sus-jacentes sont chargées de graisse.

En regardant de plus près on se rend compte que le protoplasme des cellules conjonctives fixes, situées dans la bandelette collagène, est chargé de gouttelettes scharlachophiles qu'on peut poursuivre jusque dans les prolongements les plus fins de ces cellules. *C'est par leur intermédiaire que les cellules de Langerhans reçoivent la graisse qu'elles contiennent.*

Autre fait, paradoxal en apparence, mais qui s'accorde avec les conceptions que nous venons d'exposer : les cellules xanthomateuses les plus volumineuses ne se trouvent pas au contact immédiat du vaisseau, comme on serait tenté de l'admettre, malgré que la graisse leur vienne manifestement de ces vaisseaux. C'est à une certaine distance de l'axe vasculaire d'une part, de l'épithélium de revêtement d'autre part qu'on trouve les cellules xanthomateuses les plus volumineuses.

En vérité la contradiction n'est qu'apparente. Voici comment l'expliquer : les cellules conjonctives du derme et du derme papillaire forment un réseau anastomotique en connexion protoplasmique avec les endothéliums vasculaires et avec les cellules de Langerhans. Ces cellules conjonctives — qui deviendront cellules xanthomateuses — reçoivent à travers les endothéliums les graisses et les éthers de la cholestérine qui circulent en excès dans le plasma sanguin.

Les cellules conjonctives limitrophes de chacune de ces sources xanthogènes se chargeront de produits lipo-lipodiques.

Supposons que l'afflux de graisses continue — et cela doit être, la dyscrasie persistant — ces cellules conjonctives passeront leur surcharge lipo-lipodique à leurs voisines, et bientôt les courants xanthophores se rencontreront au milieu de la chaîne des cellules anastomosées qui relient deux vaisseaux. Les cellules privilégiées situées dans un carrefour de la partie conjonctive du

réseau tropho-pigmentaire seront donc chargées à la fois dans deux directions, et c'est ici, loin de l'axe vasculaire, dans un « point mort » de la circulation tropho-pigmentaire que devront se constituer les amas lipo-lipoidiques les plus importants.

Nous avons vu la raison qui fait que les cellules xanthomateuses les plus volumineuses se trouvent à une certaine distance de l'axe vasculaire ; il nous reste à expliquer, pourquoi elles gardent aussi une certaine distance de l'épithélium de revêtement, et, partant, des cellules de Langerhans. Ce phénomène s'explique par un mécanisme tout à fait analogue : nous verrons en effet, que l'on peut assimiler la cellule de Langerhans elle-même à une source xanthogène.

Les endothéliums vasculaires transmettent la graisse et les éthers de la cholestérine, puisés dans le plasma sanguin, aux cellules conjonctives du réseau tropho-pigmentaire. Celles-ci véhiculent les lipo-lipoides jusqu'à la cellule de Langerhans. Supposons qu'à ce moment l'afflux de graisses continue — et c'est le cas dans les faits que nous étudions — la cellule de Langerhans (« amboceptrice ») se déchargera de son trop-plein en sens inverse.

A partir de ce moment la formation des amas xanthomateux du derme papillaire obéira à un mécanisme identique à celui que nous avons étudié pour la formation des amas inter-vasculaires : c'est à distance des sources xanthogènes — c'est-à-dire de la cellule de Langerhans d'une part, de l'axe vasculaire d'autre part — dans les « points morts » du système tropho-pigmentaire endothélio-langerhansien, que se formeront les cellules xanthomateuses les plus volumineuses.

Il va sans dire que l'aspect réel de la lésion n'est pas toujours strictement superposable au schéma morphogénétique que nous venons de tracer. Les amas xanthomateux dépendent en fait d'un nombre variable de sources xanthogènes ; une fois constitués, ils peuvent arriver au contact les uns des autres, se déformer par pression réciproque, ou confluer en nappes. Cependant l'analyse attentive des préparations n'en permet pas moins de ramener à notre schéma les images souvent complexes qui s'offrent au hasard des coupes.

En résumé, si l'on veut bien regarder les figures en couleur des planches 1 et 2 on peut constater que les graisses colorées électivement par le scharlach, sont toujours rigoureusement

intra-cellulaires et ne sont jamais réparties dans le tissu conjonctif. Nous connaissons la teneur anormale du sang en graisses et en cholestérine. On peut constater la présence de graisses colorables par le scharlach dans les endothéliums vasculaires, dans les cellules des tuniques vasculaires, dans les cellules conjonctives dites banales et enfin dans les cellules de Langerhans et jusque dans certaines cellules de l'épithélium qui revêt la tumeur, où l'on retrouve les gouttelettes graisseuses caractérisées. Par conséquent nos xanthomes, par une véritable injection graisseuse expérimentale, mettent en évidence un réseau cellulaire qui relie, par l'intermédiaire des cellules conjonctives, l'endothélium vasculaire aux cellules de Langerhans et grâce à celles-ci aux cellules épithéliales. Aucun anneau ne manque dans la chaîne endothélio-langerhansienne.

Ainsi — pour la première fois chez l'homme, croyons-nous, — la continuité anatomique du réseau tropho-pigmentaire est démontrée dans sa totalité. Ce réseau, qu'on pouvait jusqu'à présent considérer plutôt comme une abstraction physiologique, prend corps, et nos efforts doivent tendre à prouver son existence dans les conditions physiologiques normales.

V. — MODIFICATIONS PROBABLES APPORTÉES PAR LE RÉSEAU TROPHO-MÉCANIQUE AUX SUBSTANCES QU'IL VÉHICULE. — IMPORTANCE RESPECTIVE DES ÉCHANGES DERMO-ÉPIDERMiques PAR CIRCULATION INTERCELLULAIRE ET PAR VOIE PLASMATIQUE.

Nous croyons suffisamment démontrée la réalité anatomique et la fonction trophique du réseau tropho-mécanique, réseau continu de cellules d'origine différente, mais unies en une fonction commune, réseau servant non seulement à l'acheminement de substances nutritives vers l'épithélium, mais pouvant inversement acheminer vers les endothéliums et la circulation générale des produits d'élaboration épidermique. Dans la pensée de Borrel, ce réseau ne se borne pas à la besogne de voirie : il contribuerait activement à l'élaboration même, ou à la transformation des substances transportées. Les arguments qu'on peut apporter en faveur de cette manière de voir sont moins impressionnants que ceux qui démontrent la réalité des transports.

Dans le cas de nos xanthomes, nous voyons graisses et éthers

de la cholestérine transportés de l'endothélium vasculaire jusqu'à l'épiderme sans transformation apparente. Mais par contre il est manifeste que la mélanine, élaborée dans l'épiderme et transportée secondairement dans le derme, subit dans les chromatophores une transformation qui se manifeste par un changement dans l'aspect objectif de la mélanine (voir figure 6 planche IV). Celle-ci, au lieu de former de petites granulations distinctes comme dans l'épiderme, devient plus grossière, globoïde, dans les chromatophores (1).

Nous sommes peu fixés sur la signification physiologique de la mélanine — certains la considèrent comme un déchet du métabolisme. Mais le fait de sa transformation, — transformation d'ordre indéterminé — au sein du réseau tropho-mélanique, ne paraît pas pouvoir être mis en doute.

*
*
*

Il serait intéressant de déterminer le rôle respectif qui revient dans la nutrition de l'épithélium au plasma sanguin, arrivant directement au contact des cellules épidermiques, et aux matériaux nutritifs acheminés par voie cellulo-cellulaire.

La possibilité de cultiver des épithéliums en dehors de l'organisme dans du plasma — en respectant certaines conditions — démontre que pour vivre et se multiplier les épithéliums n'ont pas besoin de la collaboration du réseau trophomélanique. Par contre dans ces cultures on n'observe jamais la formation de pigment. Il est donc fort possible que pour une partie au moins de leur activité — les cellules épidermiques ne puissent pas se passer du réseau dermique.

D'autre part l'étude de la cellule de Langerhans, facile quand celle-ci est remplie de granulations pigmentaires, devient difficile voire impossible quand elle n'est pas pigmentée.

Ainsi aux abords de lésions inflammatoires on observe fré-

(1) MIESCHER croit que la pigmentation des chromatophores est due à un autre mécanisme. Pour lui, la mélanine, soluble dans le plasma alcalin, passe à l'état de dissolution à travers la basale. Elle est ensuite reprise par les cellules conjonctives qui la phagocytent et la reconstituent.

Si nous ne pouvons exclure la possibilité de ce processus, les figures que nous apportons nous semblent suffisamment démonstratives pour démontrer la réalité du transfert intercellulaire et à l'état figuré, du pigment, au moins dans certains cas.

quement une multiplication des cellules de Langerhans qui par contre semblent disparaître dans l'épithélium hyperplasique recouvrant la lésion.

S'agit-il à la périphérie d'un phénomène de suppléance? Les cellules de Langerhans ont-elles disparu dans l'épithélium hyperplasique, ou au contraire sont-elles sollicitées par le processus hyperplasique de manière anormale et cessent-elles de fabriquer du pigment — qui les rendrait visibles —, épuisées par l'exagération même de leur fonction trophique? Nos recherches engagées dans ce sens n'ont pas donné de résultat univoque jusqu'à ce jour.

Par contre *il semble assez constant de rencontrer dans des tissus à nutrition ralentie — épiderme de cicatrices — une diminution du nombre des mélanoblastes, compensée (?)* là aussi semble-t-il par leur multiplication périphérique (cicatrices leucomelanodermiques de la syphilis tertiaire, etc.).

VI. — RÉSEAU TROPHO-MÉLANIQUE ET SYSTÈME RÉTICULO-ENDOTHÉLIAL (1)

Il nous reste à déterminer la signification générale du réseau tropho-mélanique dans l'organisme. *S'agit-il d'un système particulier à la peau ou a-t-il son homologue dans d'autres organes?*

Il y a vingt-ans RIBBERT publiait le résultat de ses recherches sur la rétention du carmin lithiné dans les tissus.

Ayant introduit, chez le lapin, du carmin lithiné dans l'organisme (par voie veineuse, péritonéale et sous-cutanée) Ribbert constatait qu'une partie du colorant était éliminé par le rein. L'autre partie était retenue dans les tissus et se retrouvait dans certaines cellules, toujours les mêmes pour un tissu donné.

Le carmin se trouve dans les épithéliums du rein et du foie; il s'accumule dans les cellules de Kupffer, dans les cellules endothéliales et réticulaires de la rate et des ganglions lymphatiques, dans les cellules endothéliales de la moëlle osseuse, dans les cellules endothéliales vasculaires de la médullo-surrénale, enfin

(1) Nous renvoyons le lecteur au très bel article de Ch. Oberling sur le système reticulo-endothélial, auquel nous empruntons certains passages de ce chapitre.

dans certaines cellules rameuses du tissu conjonctif que Ribbert identifie aux clasmatocytes de Ranvier.

L'importance primordiale de ces constatations nécessite une citation textuelle au moins en ce qui concerne les faits qui nous intéressent particulièrement.

« Le tissu conjonctif » — écrit Ribbert — « se comporte de la même manière dans tout l'organisme. Il est particulièrement intéressant de noter que ces cellules ne se chargent de carmin qu'en partie, tandis que les autres — en moyenne la plupart — restent libres.

Ainsi on voit, disséminées entre les fibres collagènes, plus ou moins nombreuses selon l'endroit considéré, des cellules fusiformes, anguleuses, astéroïdes ou arrondies, qui frappent par leur coloration rouge. Leurs prolongements sont souvent extrêmement tenus, mais ils sont pourvus de granulations rouges extrêmement fines jusqu'à leur fin ; les particules situées au milieu du corps cellulaire sont plus grossières ».

Plus loin : « Dans le tissu adipeux on voit entre les cellules adipeuses, là où plusieurs se touchent, des cellules à grains rouges, isolées, parfois même multiples. Dans l'hypoderme on les trouve également en grand nombre. Ici elles sont le plus souvent grandes, polymorphes, ramifiées, ressemblant aux chromatophores. Elles se distinguent par leurs granulations extrêmement fines.

Ces images obtenues dans l'hypoderme sont complétées d'une façon remarquable par l'injection locale de carmin. Déjà après quelques heures beaucoup de cellules sont remplies de grains de carmin, bien plus qu'après injection intraveineuse. Parfois il y a à peine une cellule qui reste libre. Dans ces conditions le tissu conjonctif paraît rouge vif déjà à l'œil nu, et il reste ainsi pendant des semaines et des mois. En vérité les cellules subissent avec le temps quelques modifications de forme et de taille, mais nous n'insistons pas sur ce fait dans ce travail. Mais il y a un autre fait important. Les cellules pigmentaires de la peau se chargent également de carmin, et on rencontre dans leur protoplasma des granulations brunes et rouges mélangées en proportions variables. Je n'ai pas observé ce fait après injection intraveineuse ».

Les constatations de Ribbert à qui l'intérêt général de sa découverte n'échappa nullement furent confirmées par la suite par de

nombreux auteurs utilisant des méthodes de coloration vitale variées.

GOLDMANN montra dans toute son ampleur l'importance fonctionnelle et l'unité biologique de ce système cellulaire auquel ASCHOFF a donné plus tard le nom de système réticulo-endothélial (voir Oberling *loco citato*).

Pour nous il ne fait pas de doute que les cellules dermiques interposées entre l'endothélium et la cellule de Langerhans fassent partie du système réticulo-endothélial. Les cellules de Langerhans peuvent être assimilées quant à leur rôle trophique avec une grande vraisemblance aux cellules de Kupffer. Ce rapprochement a d'ailleurs été fait par MM. Hartmann, Bergeret et Peyron pour les cellules de Langerhaus de certaines tumeurs nœviques (1).

Le réseau tropho-mélanique peut donc être considéré comme l'expansion périphérique du système réticulo-endothélial.

..

Considérons enfin un dernier point, du domaine de l'hypothèse encore, mais qui en sortira bientôt nous l'espérons.

Nous appliquons journellement sur la peau de nombreux topiques destinés soit à modifier superficiellement l'épiderme, soit à pénétrer dans l'économie.

Pour expliquer l'action curatrice générale d'un onguent mercuriel, par exemple, on est bien obligé d'admettre que le mercure — insoluble — est absorbé à travers l'épiderme.

Est-il téméraire de penser que les particules métalliques parvenues dans le corps muqueux y sont captées par les cellules de Langerhans et acheminées vers la profondeur par la voie du réseau trophomélanique?

Un fait expérimental vient à l'appui de cette hypothèse. On observe dans certaines conditions d'importants transports matériels à l'intérieur du système réticulo-endothélial.

Ainsi une femelle intensément teintée par la coloration vitale se décolore dès qu'elle devient gravisée; la couleur n'est pas éliminée, mais s'accumule dans l'utérus, tout particulièrement dans le placenta. Une accumulation semblable du colorant s'observe dans la glande mammaire pendant la lactation (GOLDMANN).

(1) Cité dans P. MASSON. Essai sur les tumeurs nœviques *Bull. du cancer*, 1921.

La possibilité du transport matériel à distance par voie réticulo-endothéliale est donc démontrée.

Mais il y a plus.

RIBBERT a montré que le carmin employé dans ses expériences de coloration vitale s'accumulait avec prédilection dans les cellules de granulomes provoqués artificiellement (cautérisation de l'oreille du lapin).

Pour le granulome tuberculeux, GOLDMANN a démontré qu'à l'exception des lymphocytes et des plasmocytes toutes les cellules du tubercule se teignent par la coloration vitale. Or, les cellules *qui se colorent ainsi et qui démontrent par ce fait leur filiation d'avec le système réticulo-endothélial, sont précisément les mêmes qui phagocytent le bacille de Koch.*

Dans la syphilis le caractère de « réticulo-endothéliose » bien qu'il n'ait pas été étudiée systématiquement nous semble au moins aussi évident. Tuméfactions ganglionnaires — hépatites — tuméfaction splénique — surrénalites — granulomes dermiques et hypodermiques ne sont-ils pas les symptômes d'autant d'atteintes portant sur différents points du même système qui en vérité semble être le tissu « inflammable » par excellence, champ de bataille de la plupart des infections? Et l'action rapide que certains sels insolubles (Hg, Bi) exercent sur les manifestations de la syphilis ne serait-elle pas due au fait que les particules métalliques parasitotropes cheminent dans leur passage à travers l'organisme précisément dans les cellules qui électivement ont phagocyté le tréponème?

On voit que l'étude des échanges dermo-épidermiques nous a amené, à soulever plusieurs problèmes du plus haut intérêt, qui du reste retiennent notre attention et sur lesquels nous espérons apporter ultérieurement des précisions.

Avant de terminer cet article nous voudrions marquer nettement ce qui nous semble acquis, ce qui est sorti du domaine de l'hypothèse et mérite d'entrer dans le domaine des faits qu'il faut prendre en considération chaque fois qu'on étudie la pathogénie d'une lésion cutanée.

Il existe dans la peau un système trophique, expansion périphérique du système réticulo-endothélial de Ribbert-Goldmann-Aschoff, constitué par un réseau cellulaire réunissant les endothéliums vasculaires aux épithéliums, par l'intermédiaire des

cellules périthéliales, dermiques, et des cellules de Langerhans anastomosées.

Ce réseau, dans lequel se font dans deux sens opposés des transports matériels importants et qui est le siège de processus biologiques dont on ne peut que soupçonner la variété et l'importance, unit, dans une fonction commune, des cellules provenant de feuilletés différents.

En raison de sa fonction trophique certaine et d'une manifestation de son activité particulièrement étudiée, la pigmentogénèse, il mérite le nom de réseau tropho-mélanique que lui a donné P. Masson. Nous proposons d'attacher définitivement à ce système trophique le nom de celui qui en a eu la conception générale (Borrel) et de celui qui en a amorcé l'étude chez l'homme (P. Masson).

A côté de la circulation plasmatiche, seule classique jusqu'ici, doit prendre place une circulation intra-cellulaire et inter-cellulaire, qui joue un rôle capital dans les échanges dermo-épidermiques. Elle n'a pu être mise en évidence jusqu'ici que dans des conditions limitées, et lorsque les substances véhiculées de cellules à cellules se prêtaient à des colorations propres à les mettre en évidence. Mais nous ne saisissons ainsi qu'une bien faible part de son activité. De nouvelles techniques permettront certainement de la démontrer dans des conditions différentes.

La circulation inter-cellulaire par le réseau tropho-mélanique doit prendre en pathologie cutanée la place importante qui lui revient. Un bon nombre de chapitres de la pathologie cutanée sont à reprendre, à la lumière de ces données nouvelles. Nous avons la conviction que bien des problèmes s'en trouveront éclaircis en même temps qu'en surgiront d'autres, dont nous avons signalé quelques-uns en passant.

LÉGENDES DES FIGURES

PLANCHE I

FIG. 1. — Xanthome cutané, en tumeur. Coupe à congélation. Hémalum-Scharlach (grossissement 800 diamètres). Remarquer dans l'endothélium du capillaire central plusieurs gouttelettes graisseuses. Suivre le transport de la graisse dans les cellules périthéliales. Remarquer que les granulations graisseuses sont toujours rigoureusement intra-cellulaires. Le transport se fait de cellule à cellule.

FIG. 2. — Même biopsie. Argentation de la mélanine selon P. Masson, Hémalum-Scharlach (650 diamètres). Cette figure montre une cellule de Langerhans puisant, grâce à un prolongement — reconnaissable par les granulations de mélanine qui le pénètrent — dans une cellule xanthomateuse du derme papillaire, la graisse dont elle se charge.

Remarquer également les prolongements d'autres cellules de Langerhans qui contiennent à la fois des granulations de mélanine et des gouttelettes graisseuses.

PLANCHE II

FIG. 3. — Coupe tangentielle passant en partie par le plan de la basale. Argentation de la mélanine, Hémalum-Scharlach. La confrontation des figures 1, 2 et 7 met en évidence l'existence de connexions protoplasmiques dermo-épidermiques ; c'est la cellule de Langerhans avec ses prolongements qui forme le joint entre les cellules des deux feuillets.

La figure 1 démontre que ce système dermo-épidermique est relié aux endothéliums vasculaires — et par là au plasma sanguin — par l'intermédiaire des cellules conjonctives dermiques et des cellules périthéliales.

Nos figures établissent donc la réalité anatomique d'un réseau cellulaire, endothéliolangerhansien dans lequel se fait une circulation matérielle importante, représentée dans notre cas par le transport de graisses neutres et d'éthers de la cholestérine puisés dans le plasma sanguin.

PLANCHE III

FIG. 4. — Epiderme légèrement pigmenté (face interne de la cuisse). Argentation de la mélanine d'après P. Masson.

Au milieu, cellule de Langerhans envoyant des prolongements dendritiques entre les cellules malpighiennes voisines, soit directement, soit après un parcours basilaire. Plusieurs autres cellules de Langerhans coupées sous d'autres incidences.

Remarquer à droite le filament isolé qui chemine sous la basale : la cellule de Langerhans qui l'a émis se trouve dans une coupe voisine.

Les nombreuses cellules malpighiennes qui contiennent de la mélanine ne l'ont pas formée : elle leur a été abandonnée par les cellules de Langerhans, seules *mélanoblastes* de l'épiderme (grossissement : 700 diamètres).

FIG. 5. — Tache pigmentaire de maladie de Recklinghausen. Dopa-réaction. Le propigment artificiel (Dopa) s'est oxydé électivement dans les cellules de Langerhans. Celles-ci sont teintées en noir opaque, leurs prolongements sont noirs ou brun foncé.

Au milieu belle cellule de Langerhans à prolongements dendritiques ramifiés (grossissement 700 diamètres, remarquer que le grossissement est le même que celui de la figure 4. Le diamètre beaucoup plus considérable offert par les cellules de Langerhans est dû à l'absence de toute rétraction produite par les réactifs nécessaires à l'inclusion, la coupe étant faite à congélation).

PLANCHE IV

FIG. 6. — Peau hyperpigmentée (*acanthosis nigricans*) — Argentation de la mélanine — Cajal.

Papille centrée par un capillaire dont les endothéliums (*e*) contiennent de la mélanine compacte. Celle-ci leur est amenée par l'intermédiaire des chromatophores (*ch*) qui sont en rapport protoplasmique avec les cellules de Langerhans.

En *f* filament protoplasmique ponctué par des granulations de mélanine, appartenant partiellement à la cellule de Langerhans (*l*) visible en haut et à gauche, et partiellement à une cellule conjonctive dont le noyau apparaît à peine en *n*, caché par la mélanine accumulée dans le corps protoplasmique.

La microphoto ne donne forcément qu'une idée très incomplète des rapports multiples qui existent entre cellules endothéliales, cellules conjonctives et cellules de Langerhaus. Il faut jouer de la vis micrométrique et examiner des coupes sériées pour se faire une idée plus précise de ces connexions protoplasmiques qui s'étendent presque toujours sur 3 dimensions et échappent par là même à la microphotographie qui pratiquement n'en représente que deux (grossissement 700 diam.).

FIG. 7. — Coupe passant au centre de la figure — là où est visible le derme papillaire — par le plan de la basale d'un bourgeon interpapillaire qui est à peine représenté dans cette coupe : il se trouve dans les coupes suivant celle que nous avons représentée.

A gauche, belle cellule de Langerhans ramifiée. Au milieu et à gauche de la figure, plusieurs cellules conjonctives contractant des connexions protoplasmiques avec les prolongements dermiques de cellules de Langerhans.

Les connexions sont très difficiles à mettre en évidence. C'est encore sur coupe tangentielle — condition réalisée au centre de la figure — qu'on a le plus de chance de les rencontrer.



Fig. 1.

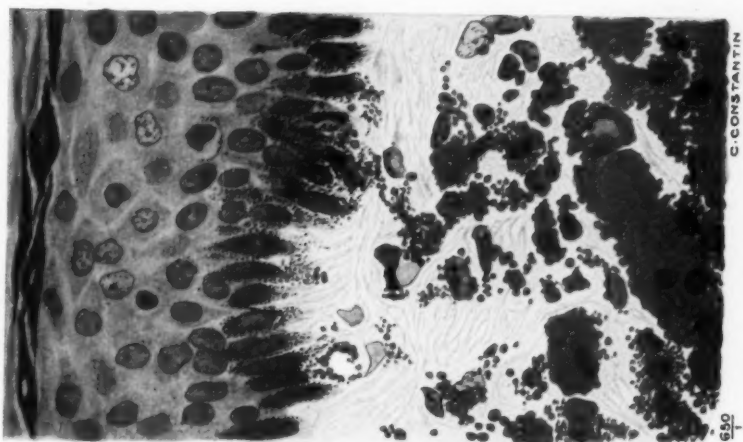
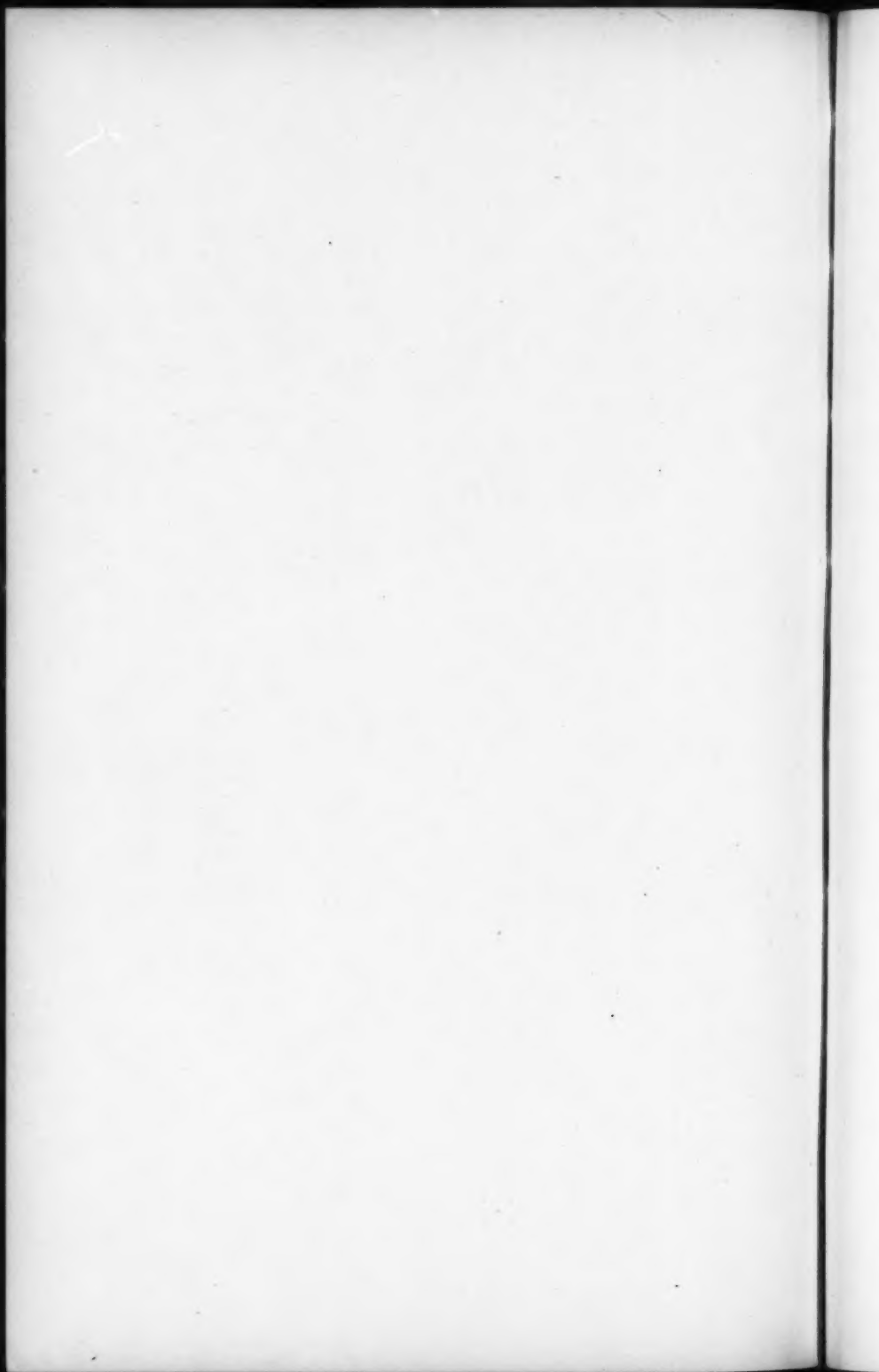


Fig. 2.

Les échanges dermo-épidermiques.



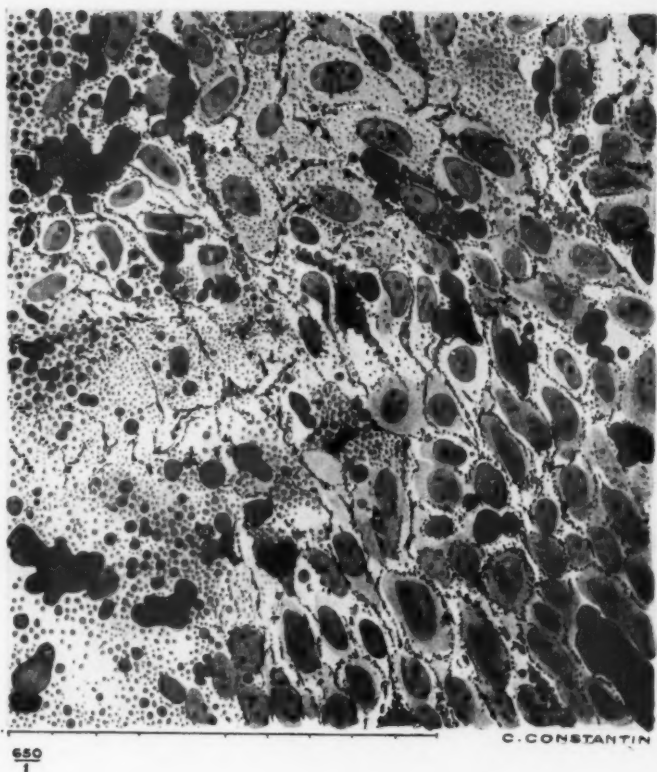
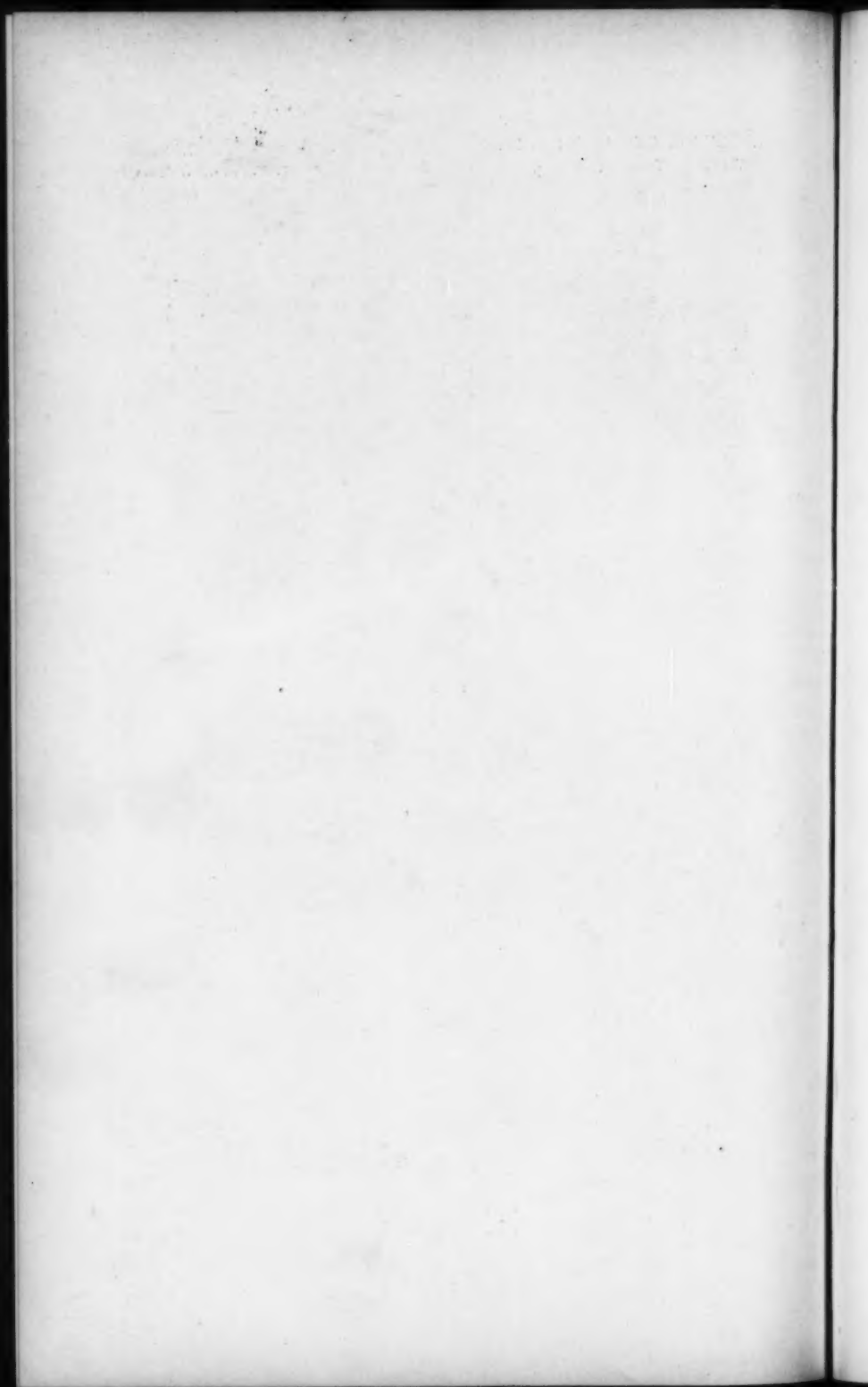


Fig. 3.

Les échanges dermo-épidermiques.



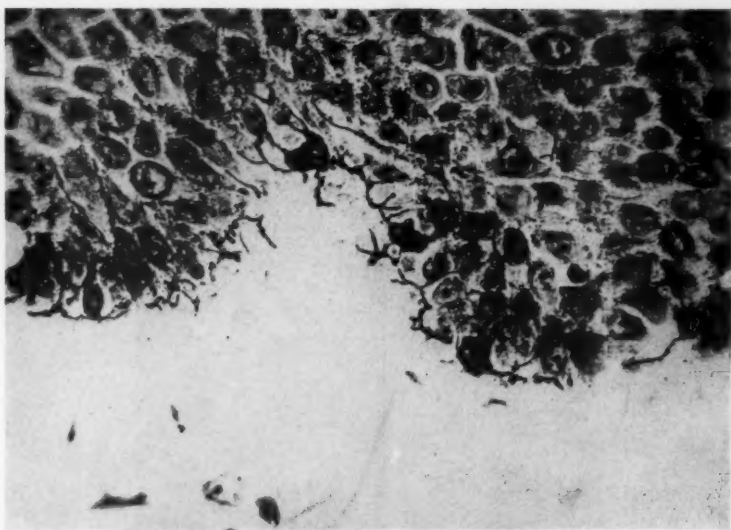


Fig. 4.

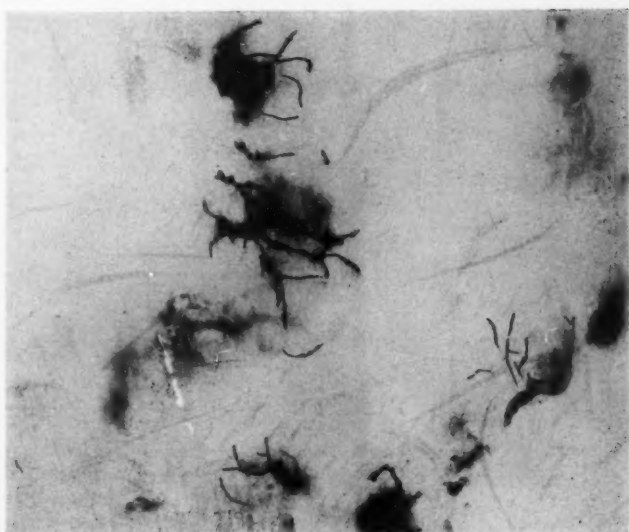


Fig. 5.
Les échanges dermo-épidermiques.



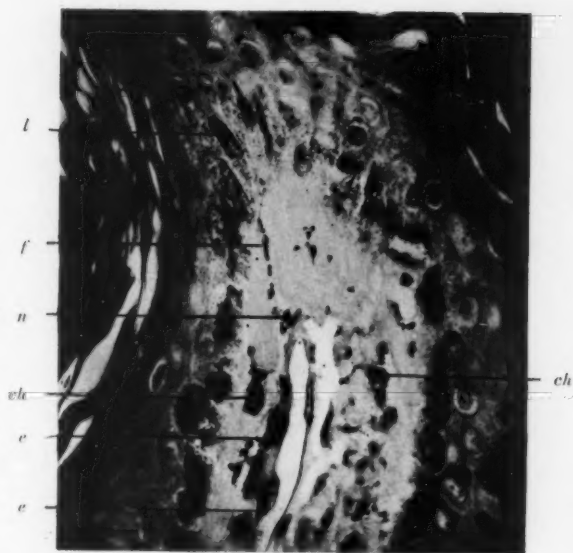


Fig. 6.

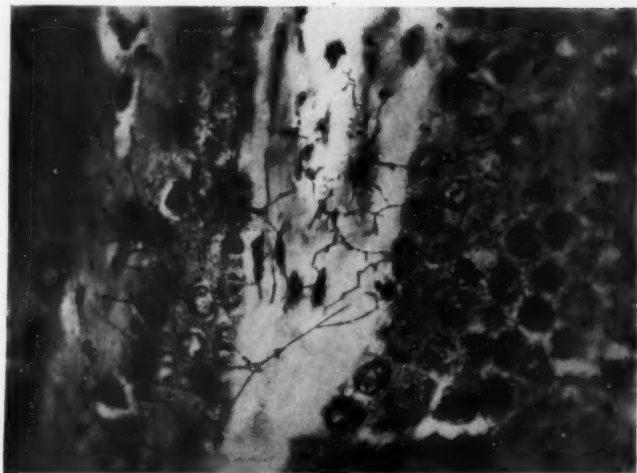


Fig. 7.
Les échanges dermo-épidermiques.

BIBLIOGRAPHIE

- BLOCH. — Nouvelles recherches sur le problème de la pigmentation. *Bull. soc. fr. Derm. et Syph. Réunion de Strasbourg*, 1921.
- BLOCH. — Les naëvo-carcinomes. 2^e Congr. derm. et syph. de langue fr.
- BORREL. — Plan pigmentaire et naëvo-carcinome. *Bull. Ass. fr. pour l'étude du cancer*, juin 1914.
- GOLDMANN. — Die innere u. äussere Sekretion des gesunden und kranken Organismus im Lichte der vitalen Färbung. *Verhandl. d. deutsch. pathol. Ges.* tome XIV.
- LANGERHANS. — Cité dans *Raffini*, Sur les expansions nerveuses de la peau. *Revue générale d'histologie*, tome I, fasc. 3, 1905.
- MASSON. — Les cellules de Langerhans. Leur rôle dans les échanges dermo-épidermiques. *Bull. de la Soc. fr. de Dermatol. et Syph. Réunion de Strasbourg*, 1921.
- MASSON. — Essai sur les tumeurs naëviques. *Bull. Ass. fr. pour l'étude du cancer*, 1921.
- MASSON. — Anatomie pathologique des naëvo-carcinomes. 2^e Congrès des dermat. et syph. de langue fr., 1923.
- MIESCHER. — Die Chromatophoren in der Haut des Menschen. Ihr Wesen und die Herkunft ihres Pigmentes. *Arch. f. Derm. u. Syph.* t. CXXXIX.
- OBERLING. — Le système réticulo-endothélial. *Annales d'anat. path. méd. chir.*, 1924.
- PAUTRIER et LÉVY. — Trois cas de xanthomes en tumeur, etc. 2^e Congr. derm. et syph. langue fr. 1923.
- RIBBERT. — Die Abscheidung intravenösen injizierten gelösten Karmins in den Geweben. *Zschr. f. allg. Phys.*, 1904.
-

CONCRÉTIONS CALCAIRES SOUS-CUTANÉES ET INSUFFISANCE THYRO-OVARIENNE

Par

MATHIEU-PIERRE WEIL et R. WEISSMANN-NETTER
Médecin des Hôpitaux de Paris Interne des Hôpitaux de Paris

La précipitation locale de sels de chaux peut se faire, non seulement au niveau de lésions inflammatoires, irritatives ou dégénératives, mais en plein tissu sous-cutané normal, de manière en quelque sorte primitive, pour constituer cette curieuse affection décrite en France sous le nom de « Concrétions calcaires sous-cutanées », et à l'étranger sous celui de « Calcinosis ».

Cette affection, surtout fréquente chez la femme et dans les 20 premières années de la vie, débute toujours de manière lente et insidieuse, ne s'accompagnant d'aucun phénomène local ni général. Les dépôts, essentiellement constitués, en général, de carbonate de chaux et accessoirement de phosphate calcique, se forment de manière symétrique, tout d'abord au niveau des doigts ou des orteils, puis s'étendent, apparaissant au niveau des avant-bras, des genoux, des coudes, voire des aisselles, prédominant dans les régions péri-articulaires, et tout particulièrement du côté de l'extension. Exceptionnellement on a pu en observer au niveau des mollets, de l'aîne, voire de la face ou de la région lombaire.

Leur développement ne s'accompagne d'aucun symptôme fonctionnel, d'aucune réaction inflammatoire. Tout au plus, à un certain moment de leur évolution, les dépôts calcaires peuvent-ils déterminer une certaine limitation des mouvements dans les articulations voisines, mais ils n'entraînent jamais d'altération du tissu osseux.

Ces dépôts n'ont aucune tendance spontanée à la résorption ; l'expulsion est le seul procédé qu'ait l'organisme de s'en débar-

rasser. A un certain moment, spontanément, la peau qui les recouvre, et qui était demeurée longtemps normale, finit par s'enflammer, s'ulcère, et laisse échapper les dépôts sous-jacents sous forme d'une sérosité crémeuse ou crayeuse, mêlée de petites concrétions pierreuses ou d'une substance semi-dure qui se solidifie rapidement à l'air.

*
*
*

Le dépôt calcaire ne s'accompagne souvent d'aucun autre trouble morbide. Il en était ainsi dans une observation de Cramer (1). Mais fréquemment cette précipitation va de pair avec d'autres anomalies telles que l'acro-asphyxie des extrémités, le phénomène du doigt mort (observation de Fernet et Nahan (2), ou surtout la sclérodermie, association sur laquelle Thibierge et Weissenbach (3) ont insisté dans un important mémoire, basé sur une observation personnelle et 8 cas colligés par eux. Guelpa (4) en a rapporté une observation nouvelle.

Parfois, l'état sclérodermique est discret ; dans d'autres cas il est important, débutant le plus souvent, comme les concrétions calcaires, au niveau des extrémités digitales, s'étendant ensuite en même temps qu'elles.

Ces troubles d'origine thyroïdienne peuvent s'accompagner de manifestations d'origine ovarienne et la syphilis être à l'origine de ces accidents. Tel était le cas chez une malade qu'il nous a été permis de suivre longuement dans le service de notre Maître, le professeur F. Bezançon.

OBSERVATIONS. — Mme G..., âgée de 28 ans, née avant terme (au 8^e mois) eut une enfance normale, mais aussi loin qu'elle peut se rappeler elle était atteinte d'un certain degré d'*asphyxie locale des extrémités* et de *sclérodermie* ; ses extrémités (mains, pieds, nez, oreilles) étaient constamment bleues et froides, sujettes aux engelures ; elle était d'une inhabileté manuelle très grande, ne pouvant exécuter que difficilement les petites occupations du ménage, ses doigts étant sans

(1) CRAMER. Les concrétions calcaires sous-cutanées. *Rev. méd. de la Suisse romande*. 1922, p. 111.

(2) FERNET et NAHAN. Un cas de concrétions calcaires sous-cutanées. *Bull. Soc. fr. de derm. et syph.*, 1919, n° 7, p. 266.

(3) THIBIERGE et WEISSENBACH. Concrétions calcaires sous-cutanées et sclérodermie. *Ann. de derm. et de syph.*, mars 1911, p. 129.

(4) GUELPA. Sclérodermie par intoxication calcaire. *Soc. de médecine*, 25 juin 1921.

cesse « durs comme du bois ». Sa maladresse digitale la força à renoncer à la dactylographie qu'elle avait tenté d'apprendre. Vers l'âge de 8 ans, elle présenta pour la première fois une *syncope locale des extrémités*, certains doigts devenant blancs, froids, engourdis, insensibles. Depuis lors les phénomènes d'angiospasmie se sont fréquemment répétés, survenant soit à l'occasion du froid, soit sous l'influence d'une appréhension ou d'une contrariété. Tantôt ils intéressaient les deux mains, tantôt une seule, ou isolément tel ou tel doigt, le pouce étant le plus rarement atteint, ou les orteils, ou la langue qui devenait blanche, engourdie, rendant la parole embarrassée. Vers la même époque, Mme G... devint sujette à des crampes musculaires très douloureuses.

Elle ne fut réglée qu'à 15 ans. Elle était alors petite, chétive, n'en paraissant avoir que 12. Les périodes prirent immédiatement un caractère d'irrégularité, d'intermittence à longs intervalles, qui par la suite



Fig. 1. — Mme G...

ne devait pas se démentir, ne survenant que tous les 3, 4, 5 mois, toujours peu abondantes, mais susceptibles parfois de se répéter, rapprochées, à plusieurs reprises, durant la même période mensuelle. Des vertiges, de légers troubles gastriques, des fourmillements dans tout le corps, un degré marqué de nervosité, de l'irascibilité, de l'instabilité avec modification importante du caractère précédaient les règles ou coexistaient avec elles, s'accompagnant d'un certain degré de pâleurs et de pertes blanches. Par la suite même, les règles devaient s'espacer davantage encore, n'apparaissant guère qu'au printemps ; entre août 1921 et août 1922, date de son entrée dans le ser-

vice, elles ne sont survenues qu'une seule fois, en avril. Fait intéressant, durant la période menstruelle, notre malade, très frileuse à l'ordinaire, souffre moins du froid, la circulation s'améliore dans les extrémités, et la voix, légèrement voilée à l'ordinaire, s'éclaircit.

Mariée à 21 ans, d'une frigidité sexuelle marquée, elle n'eut ni enfant, ni fausses-couches.

En 1914, à l'âge de 20 ans, elle constata l'apparition des premières concrétions calcaires sous-cutanées. Elles se manifestèrent tout d'abord au niveau de l'index gauche, puis du droit, puis au niveau des autres doigts, sans qu'aucun n'ait été épargné, siégeant à leur partie distale au niveau de la deuxième ou de la troisième phalange. Ces concrétions se caractérisent de la manière suivante. C'est d'abord une tuméfaction dure, bien limitée, peu douloureuse, puis au bout de quelque temps un pertuis se forme, par lequel s'élimine un liquide crayeux, plus ou moins crémeux, de petites concrétions pierreuses dont la plus grosse a le volume d'un gros pois, et des particules semi-liquides qui se solidifient rapidement dès leur issue. Cette élimination calcaire est souvent précédée d'une légère rougeur superficielle; elle s'établit souvent à l'occasion d'un certain degré d'infection à l'entour des dépôts calcaires; un petit foyer purulent se forme alors dont l'évacuation au dehors entraîne les concrétions locales. Il se forme par la suite, fréquemment, des cicatrices irrégulières, légèrement déprimées.

En juin 1915, au cours d'une longue période aménorrhéique, des concrétions analogues se sont produites au niveau des bourses séreuses pré-rotuliennes; la malade éprouva tout d'abord une gêne dans les deux genoux, puis des nodules apparurent, de consistance pierreuse, dans la région sous-cutanée, qui s'éliminèrent comme ceux des doigts. Durant l'hiver 1916-1917, au cours encore d'une longue période aménorrhéique, puis en juillet 1918, de nouvelles poussées se manifestèrent.

Depuis lors, c'est de manière continue que la malade observe la formation de concrétions calcaires au niveau des régions pré-rotuliennes; elles s'éliminent de manière tantôt spontanée, tantôt provoquée la malade s'efforçant de les dégager à l'aide d'aiguilles. Cette élimination va souvent de pair avec une infection locale: un hygroma se forme, rouge, chaud, douloureux, qui n'entraîne qu'une impotence fonctionnelle toujours limitée, et aboutit à la constitution de clapiers par lesquels s'écoulent au dehors le pus et les concrétions calcaires.

En avril 1922, les règles apparaissent; aussitôt les phénomènes inflammatoires qui existaient au niveau des précipitations calciques s'atténuent, la cicatrisation se produit.

En août 1922, quand la malade se présenta à nous, il existait, à la face antérieure du genou droit, une tuméfaction avec lymphangite, au niveau de laquelle la palpation décelait une crépitation assez particulière liée à la présence de particules pierreuses; les ganglions inguinaux étaient tuméfiés. Au genou gauche existaient des cicatrices déprimées, blanchâtres, l'une centrale, irrégulière, deux autres latérales, plus petites et arrondies, reliquats de la poussée précédente.

La *radiographie* montrait l'existence de concrétions, non seulement au niveau du genou droit, mais aussi du genou gauche, qui apparaissait cliniquement normal.

Aux membres supérieurs, les index, qui ont été le plus fréquemment intéressés, sont déformés, aplatis, épaissis à leur extrémité; les autres doigts sont effilés, en « radis ». Tous sont très manifestement sclérodermiques. Les ongles sont striés, épaissis. Des concrétions en voie de formation s'observent au niveau des première et deuxième phalanges du pouce gauche; les extrémités des phalanges sont élargies (2^e, 3^e, 4^e, doigts gauches), effilées (5^{es} doigts droit et gauche) ou amputées (index droit).

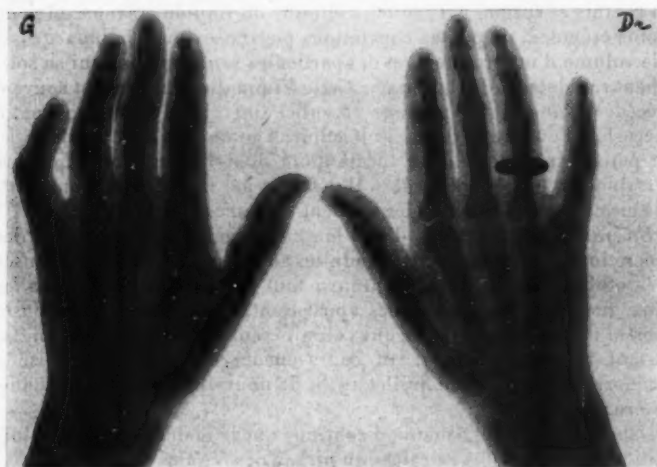


Fig. 2. — Mme G...

La malade présente d'autre part une *sclérodémie* importante. Elle intéresse les membres supérieurs comme les inférieurs. La face est relativement respectée; elle est cependant un peu figée. Le nez est effilé, les cheveux médiocrement abondants, les sourcils peu épais, rares surtout à la pointe.

Des phénomènes d'*angiospasmie* s'observent de temps à autre, soit au niveau des doigts, où ils se présentent avec tous les caractères du syndrome de Raynaud, soit au niveau de la langue.

L'examen minutieux des différents appareils, cœur, poumons, reins, foie, etc., les montre normaux. La tension artérielle est de 14-7 (Vaquez-Laubry). Le corps thyroïde ne paraît pas augmenté de volume. Il n'y a ni exophtalmie, ni tachycardie, ni anomalie pigmentaire. La fonction urinaire se fait normalement.

Les *antécédents* de notre malade méritent d'être signalés.

Son père, ancien syphilitique, est mort à 57 ans, ayant présenté de la gangrène artérielle, des manifestations paralytiques, et des troubles psychiques.

Sa mère, actuellement bien portante, ne présente aucun signe clinique de syphilis et semble n'en avoir jamais présenté. La réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée à plusieurs reprises, a toujours été négative. Cependant, sur neuf grossesses, trois se sont terminées par des fausses-couches. Deux enfants sont morts dans la période du premier âge de broncho-pneumonie ou de diarrhée. Parmi les quatre survivants, il existe une fille tuberculeuse, atteinte de troubles psychiques, et qui, à la suite d'un accouchement, a reçu un traitement antisypilitique. Aucun de ces enfants n'a présenté à la naissance de stigmates d'hérédo-syphilis.

Du côté paternel, on relève plusieurs cas d'aliénation mentale (un oncle et deux cousins internés); du côté maternel, une tante et une cousine présentent des troubles menstruels analogues à ceux de notre malade.

Un certain nombre d'*examens de laboratoire* ont été pratiqués.

1^o *Réaction de Bordet-Wassermann*. — Recherchée à maintes reprises dans le sang, elle fut toujours négative, même après réactivation. Elle avait déjà été trouvée telle avant le mariage où elle avait été recherchée en raison de la syphilis paternelle.

La mère et le mari de notre malade ont également une réaction de Bordet-Wassermann négative.

2^o *Analyse physico-chimique et chimique du sang*. — En collaboration avec notre ami Ch.-O. Guillaumin, nous avons pratiqué cette analyse à plusieurs reprises: les résultats en sont réunis dans le tableau suivant:

Dates	Observations	pH	Réserve alcaline en CO ₂	Urée	Constante uréo-sécrétoire	Ca o/100	Mg o/100	PO ₄ H ³ o/100
20 septembre	Avant le traitement	7,35	48 o/o	0,22	0,08	0,119	0,017	0,198
25 septembre	Durant le traitement thyroïdien	7,30	59 o/o	0,46	0,12	0,121	0,018	0,089
2 novembre	Après le traitement thyroïdien	7,38	65,5 o/o	0,30	0,08	0,127	0,027	—
24 novembre	Durant le traitement ovarien . .	—	55,6 o/o	—	—	0,122	0,023	0,200
6 février	Après le traitement bismuthique . .	7,35	62 o/o	—	—	0,101	0,018	0,170

3^o *Analyse chimique des concrétions calcaires*. — Plusieurs concrétions éliminées par la malade ont été analysées par M. le professeur

Desirez que nous remercions de sa grande complaisance. Le résultat de son analyse a été le suivant (pour 100 grammes de matière) :

Phosphate de chaux	90 grammes
Carbonate de chaux	10 —
Fluor	traces.

4^o Etude anatomo-pathologique d'un fragment prélevé par biopsie. — Une biopsie fut pratiquée au niveau d'une concrétion calcaire faisant saillie sous les téguments de la phalange du pouce. M. le professeur Letulle a bien voulu nous aider dans la lecture de nos coupes, ce dont nous le remercions vivement.

Cet examen nous a montré l'existence, au niveau de l'épiderme, du derme, et de l'hypoderme, d'une sclérose très dense. La couche cornée de l'épiderme est très épaisse. Le *stratum granulosum* présente cinq ou six couches de cellules à éléidine. Le *stratum lucidum*, épais aussi, montre des filaments d'union très visibles. Dans l'hypoderme, à l'entour du calcul qui s'y trouve enclavé, les cellules connectives sont très effilées, allongées, les fibres collagènes amincies, étirées. Il existe des vaisseaux artériels très épaissis avec lumière étroite. Certaines glandes sudoripares montrent un fond presque kystique et un conduit distendu.

TRAITEMENT

En raison de la déficience thyro-ovarienne si nette chez notre malade, et de ses antécédents héréditaires de syphilis, nous avons tenté chez elle les médications opothérapique et spécifique. Cette dernière, faite à l'aide d'injections répétées (une trentaine) de Quinby, n'a été suivie d'aucun résultat. L'extrait thyroïdien a été administré *per os*, à dose croissante, allant jusqu'à 0 gr. 20 par jour, en même temps que de la teinture d'iode (à la dose de 20 à 80 gouttes), et que des injections sous-cutanées d'extrait ovarien. Ce traitement modifia, à certains points de vue, la constitution chimique des humeurs, ainsi que le fait ressort du tableau précédent ; mais les déformations des mains n'ont subi aucune modification, les règles n'ont pas reparu ; tout au plus peut-on dire que de nouvelles concrétions ne se sont pas formées durant ce traitement et les mois qui l'ont suivi. Il faut ajouter que la malade s'étant fait, à la suite d'une chute, une large entaille de la région du genou droit, un nettoyage a dû être pratiqué qui a permis d'extraire de nombreux débris calcaires : la plaie suturée s'est cicatrisée par première intention.

En tout cas, le traitement opothérapique a eu sur les syncopes locales une action manifeste : celles-ci sont devenues plus espacées, et la frilosité beaucoup moins accusée.

En résumé, il s'agit d'une malade atteinte d'importantes concrétions calcaires sous-cutanées, surtout riches en phosphates (ce sont les carbonates qui à l'ordinaire prédominent), et de troubles ovariens (rareté, irrégularité, faible abondance des règles, frigidité sexuelle) et thyroïdiens (sclérodermie, frilosité, troubles vasculaires des extrémités, signes du sourcil, etc.).

L'association, à la précipitation calcique, de ces divers troubles glandulaires, leur propriété d'évoluer manifestement de manière parallèle à eux, éclaire de façon particulière le mécanisme pathogénique de cette curieuse affection.

Liée, pour les uns, à une calcification des glandes sébacées, hypertrophiées et devenues kystiques, pour d'autres à un processus infectieux, ou à une simple rétention calcaire, elle nous paraît au contraire en rapport étroit avec une déficience fonctionnelle des glandes vasculaires sanguines, au premier rang desquelles se place le système thyro-ovarien, et à l'origine desquelles l'hérédo-syphilis, notre observation le démontre, peut jouer un rôle important.

On sait d'ailleurs le rôle des sécrétions endocrines dans le métabolisme normal et perversi de sels de chaux : l'un de nous y a insisté dans un travail antérieur en collaboration avec Ch.-O. Guillaumin (1).

L'absence d'hypercalcémie chez cette malade montre, une fois de plus, qu'il ne faut pas confondre la rétention sanguine et la précipitation tissulaire : à ce point de vue notre malade se rapproche des athéromateux et des rhumatisants chroniques chez lesquels, comme nous l'avons montré, le trouble calcique ne s'accompagne généralement pas d'augmentation de la teneur du sang en sels de chaux (Mathieu-Pierre Weil, Weissmann-Netter et Ch.-O. Guillaumin) (2).

Par contre, chez notre malade, la teneur de l'acide phosphorique sanguin s'est montrée généralement élevée, dépassant notablement le taux de 120 à 150 milligrammes d'acide phosphorique

(1) MATHIEU-PIERRE WEIL et CH.-O. GUILLAUMIN. Le métabolisme de la chaux et ses perversions. *Rapport à la Soc. de Pathol. comparée*, séance du 12 juin 1923 ; Le calcium dans l'organisme humain. *Annales de médecine*, 1923, t. XIV, n° 4, p. 323.

(2) MATHIEU-PIERRE WEIL, CH.-O. GUILLAUMIN et R. WEISSMANN-NETTER. Le calcium et le magnésium sériques chez l'adulte normal, hypertendu, ou athéromateux. *Soc. de Biologie*, 24 mars 1923, C. R., t. LXXXVIII, p. 732.

(exprimé en PO_4H^3) pour 1.000 grammes de plasma, que nous considérons comme le chiffre normal (Mathieu-Pierre Weil et Ch.-O. Guillaumin) (1). Un rapprochement s'impose entre l'hypérphosphatémie de notre malade atteinte de précipitations calcaires, et l'hypophosphatémie des rachitiques chez lesquels la décalcification des os est manifeste. Ici et là le dosage du phosphore sanguin reflète donc mieux que celui du calcium sérique, le trouble profond du métabolisme des sels chaux.

(1) MATHIEU-PIERRE WEIL et CH.-O. GUILLAUMIN. L'acidose des néphrites. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 9 novembre 1923, p. 1539.

SUR LE TRAITEMENT DES ULCÈRES PHAGÉDÉNIQUES DES PAYS CHAUDS

par VIGGO GENNER

L'ulcère phagédénique des pays chauds (*tropical sloughing phagedæna, ulcus tropicum*) est, on le sait, une maladie, qui est très répandue dans plusieurs pays tropicaux, surtout dans ceux, qui ont un climat humide. Généralement on ne trouve cette maladie que chez les natifs, sans doute parce qu'ils vont pieds-nus et par cette raison contractent facilement des petites lésions des jambes, qui deviennent la porte d'entrée de l'infection.

Quand à l'étiologie, à présent on croit ordinairement que les ulcères sont provoqués par une symbiose entre certains spirochètes et bacilles, car presque constamment on trouve dans les plaies des *Spirochaetes Schaudinni* et des bacilles de Plaut-Vincent.

On ne sait pas si l'infection peut pénétrer la peau saine, probablement il faut qu'il se trouve une petite lésion dans l'épiderme. Le transport de l'infection de cette façon est en tout cas prouvé expérimentalement en frottant la peau avec un peu de pus provenant d'une plaie.

Il est vraisemblable que d'autres conditions sont aussi d'une certaine signification, par exemple l'état général de la santé du malade car on voit que les ulcères chez les malades auparavant ayant souffert d'une autre maladie (p. e. *malaria*) deviennent beaucoup plus graves que chez les gens bien portants.

La maladie est à peu près toujours localisée au tiers inférieur des jambes ou aux pieds. Parfois on trouve un ulcère unique, mais très souvent on en rencontre plusieurs les uns près des autres.

Les ulcères ont presque toujours quatre qualités spéciales : ils sont douloureux, fétides, facilement saignants et ont une localisation typique.

Au commencement on trouve une petite pustule séro-sanguinolente, qui éclate en 2-3 jours pour faire place à une ulcération qui s'accroît très vite, tant par les bords que par la profondeur en détruisant les tissus situés au-dessous en s'étendant plus ou moins, quelquefois jusqu'à l'os. Quelque temps après, le développement de la plaie s'arrête, il se délimite et reste ainsi sans traitement pendant longtemps en sécrétant abondamment. A la fin la guérison s'accomplit très lentement.

La douleur conjointe à la privation des forces, due à la sécrétion forte, exténue souvent le malade très fortement.

Le diagnostic dans la période aiguë est rarement difficile, quand on se rappelle les quatre signes susmentionnés, surtout la douleur, qui fait faire la grimace au malade en se promenant.

Les autres ulcères que l'on peut confondre avec les ulcères phagédéniques sont ceux de la syphilis, du pian, les « veld sores », le bouton d'Orient et les ulcères variqueux.

On n'a pratiquement des difficultés que quand il s'agit de vieux ulcères.

Pendant un séjour de deux années aux Indes Hollandaises, comme médecin du gouvernement, j'ai eu l'occasion d'observer et de traiter un grand nombre de cas de cette maladie (env. 200).

La plupart je les ai vus dans une île située par 150 au Sud de Sumatra dans l'Océan Indien. Cette île était très isolée et sa population n'avait que peu de relations avec les habitants des autres îles.

Voilà pourquoi on n'y trouvait pas certaines maladies que l'on rencontre régulièrement dans les îles capitales des Indes Hollandaises, telles que Sumatra, Java, etc., et voilà la raison pourquoi l'observation de quelques maladies de cette île, me semble avoir un certain intérêt, l'étude du diagnostic et du traitement se simplifiant beaucoup.

On y trouvait le pian en abondance et aussi très fréquemment, l'ulcère phagédénique. D'autre part la syphilis n'existait pas, non plus les ulcères variqueux, le « veld sore » et le bouton d'Orient ne sont pas connus aux Indes Hollandaises.

J'ai essayé beaucoup de traitements généralement connus.

L'injection intraveineuse de 914 est recommandée de plusieurs côtés, peut-être par le rapport de quelques auteurs qui disent que la réaction de Wassermann est positive dans un certain nombre de cas. Il me semble que l'on ne peut pas attacher une

importance particulière à ce symptôme quand il est inconstant. Car la syphilis latente est presque partout fort fréquente dans les pays chauds, et beaucoup d'autres maladies tropicales montrent cette réaction positive et, enfin, la technique n'est pas toujours assez exacte dans ces pays-là.

En réalité, je n'ai jamais vu des résultats évidents par ce traitement et je suis très sceptique sur les effets favorables que quelques médecins ont communiqués.

Le 914 a naturellement un effet tonique comme toutes les préparations arsenicales mais je crois que c'est tout. Je n'ai jamais vu un effet spécifique. Je suis porté à croire qu'il s'agit d'une confusion avec d'autres maladies, surtout avec le pian et la syphilis. J'y trouve une confirmation que je n'avais pas à faire à la syphilis dans ma clientèle ce qu'admettait l'exclusion de ce diagnostic.

Aussi Darier dit que le traitement intraveineux par le 914 réussit bien, surtout si l'on y joint un bon traitement local. Mais dans ce cas-là, à quoi rapporter l'effet : au traitement ou local ou intraveineux. Ça me semble fort difficile à dire.

Sans doute le traitement local par le 914 est beaucoup mieux (comparez la même thérapie avec celle de l'angine de Vincent). Mais ce traitement intraveineux ou local a toujours ses défauts : il coûte très cher, demande d'être exécuté par un médecin ce qui est souvent un inconvénient dans les pays chauds où les natifs sont très pauvres et les médecins très rares.

Parmi les autres traitements il me semble que la cautérisation qui est encore recommandée dans la plupart des manuels soit assez brutale, en tout cas sans narcose. D'ailleurs les résultats ne sont pas toujours solides.

J'ai essayé encore un traitement local par des pansements de différents fluides antiseptiques mais le succès n'était pas très grand. Les vieux ulcères donnent les meilleurs résultats.

Parmi tous les traitements que j'ai éprouvés, j'ai obtenu les meilleurs résultats par la poudre d'iodoforme. L'effet était tellement satisfaisant que je suis sur le point de le prendre pour spécifique.

En saupoudrant les ulcérations aiguës avec de l'iodoforme on arrête leur croissance au bout de 2-3 jours, puis ils se dépurent vite et la guérison commence.

Les vieilles plaies guérissent aussi beaucoup plus vite avec de l'iodoforme que par des pansements. Souvent j'ai vu quand je

traisais un vieil ulcère phagédénique avec de l'iodoforme puis cessais les pansements un arrêt de la guérison, même une aggravation, puis un rétablissement après l'application d'iodoforme.

J'ai trouvé l'effet tellement caractéristique que j'ai employé le traitement pour faire un diagnostic des vieux ulcères où le choix se présentait entre l'ulcère phagédénique et le pian ce qui ordinairement était la seule difficulté dans ma clientèle. J'avais appris en traitant des ulcères indubitables du pian avec de l'iodoforme que l'on n'obtient jamais d'amélioration, mais au contraire très souvent une aggravation.

L'observation pendant 2-3 jours d'un traitement avec de l'iodoforme était généralement suffisante pour voir l'effet et faire le diagnostic.

Ces 2-3 jours ne signifient pas un retard important et on évite le traitement cher par 914, quand il s'agit d'un ulcère phagédénique.

Je n'ai pas trouvé mention de ce traitement par l'iodoforme dans les manuels, ni aux hôpitaux, que j'ai visités, mais il me semble mériter une extension plus grande car il ne coûte pas cher, est facile à instituer, même avec un personnel moins perfectionné, et il ne fait pas un tort très grand quand il s'agit d'autres maladies, en permettant après peu de temps d'avoir le diagnostic : ulcère phagédénique ou non.

Souvent il n'exige pas de bandage, et un grand nombre de cas guérissent par un traitement ambulatoire.

Quand il s'agit des grands ulcères et d'un mauvais état général de santé il faut faire recevoir le malade dans un hôpital et joindre un traitement local à une cure générale et tonique. S'il y a d'autres maladies, par exemple la fièvre paludéenne, il faut les traiter en même temps, cela va sans dire.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

I. — CHANCRE MOU

Isolement, culture et conservation dans les laboratoires du streptobacille du chancre mou, par CHARLES NICOLLE. *Acta dermato-venereologica*, vol. IV, fasc. 3.

L'auteur, comme beaucoup d'autres expérimentateurs, a échoué dans ses expériences en vue de cultiver le bacille de Ducrey. Il reproduit les règles de la technique de J. Reenstierna pour l'isolement du bacille :

1° partir d'un chancre d'inoculation protégé par un pansement aseptique, ouvert au second jour et bien nettoyé. C'est avec le tissu du fond de l'ulcération qu'on pratique la culture;

2° employer la gélose nutritive à 3,5 o/o d'agar additionnée du tiers de son poids de sang défibriné de lapin, répartie en tubes de gros volume (à large surface) qu'on incline et prépare le jour même

3° ensemercer une douzaine de tubes, les mettre à l'étuve à 35°.

La culture se développe en moins de 24 heures et l'on y observe dans l'eau de condensation les longues chaînes typiques du streptobacille.

Des tubes identiques conservés à la glacière serviront pour la purification des premières cultures et ensuite pour les passages.

N. prépare le milieu à peine modifié : on stérilise dans une fiole d'Erlenmeyer 90 grammes de gélose nutritive à 3 o/o d'Agar et on y ajoute 20 grammes seulement de sang défibriné de lapin.

Le microbe se conserve sur ce milieu 4 jours à l'étuve, mais le meilleur des milieux de conservation est la gélose molle (gélose nutritive à 2,5 o/oo d'Agar additionné de 1 o/o d'amidon ou de fécule de pommes de terre) additionnée de 1/5 de son volume de sang défibriné. Le développement s'y fait rapidement, la vitalité atteint un mois et les repiquages y sont très aisés. Le sang entier de lapin ne saurait remplacer le sang défibriné, non plus que le sang humain même défibriné. Mais après une trentaine de passages, on peut sans inconvénient le substituer au sang de lapin. Le streptobacille se conserve le plus longtemps à l'étuve. Les cultures sur tubes classiques de Reenstierna périssent en peu de jours à la température de la chambre.

Dans les milieux à gélose molle, lorsque les tubes ont été retirés de l'étuve après 5 jours, le streptobacille reste encore vivant à la température ordinaire après 3 et 4 semaines.

Pour l'entretien dans les laboratoires l'auteur conseille l'alternance des repiquages en milieu de R. modifié et en gélose molle au sang défibriné de lapin. On laisse les premiers 1 jour, les autres 10 jours à l'étuve.

Sur tous ces milieux le streptobacille se présente avec ses caractères typiques : chaînettes courtes à la surface des milieux solides, chaînes infiniment longues dans les milieux liquides ou les milieux mous.

Au 50^e passage sur milieu de R., soit 3 mois après l'isolement, les cultures du streptobacille ont reproduit le chancre mou sur un singe (*Macacus cynomolgus*).

OLGA ELIASCHEFF.

Bubon aigu chancrélleux (forme aiguë phlegmoneuse fébrile de l'adénite chancrélleuse) importance des bubons tardifs, sensibilisation et désensibilisation, par GOUGEROT et BLUM. *Annales des maladies vénériennes*, avril 1923.

Observation d'un malade chez lequel quatre mois après le début de trois gros chancres mous de la verge, trois mois et demi après guérison complète en apparence, l'infection chancrélleuse latente des ganglions se réveille pour des causes méconnues du malade et donne une forme exceptionnelle et grave d'adénophlegmon aigu chancrélleux. Le long intervalle qui sépare les chancres mous de l'apparition aiguë et violente de cet adénophlegmon tient pour les auteurs à une lente *sensibilisation*. A défaut d'auto-vaccin ou de stoks-vaccin chancrélleux ils ont obtenu une désensibilisation et une guérison rapide de leur malade avec les injections de vaccin-bouillon de Delbet. Ils insistent sur l'importance et la gravité du saprophytisme des bacilles de Ducrey et conseillent toutes les fois que chez de tels malades il y a la moindre menace du côté des ganglions de les désensibiliser par l'emploi du bouillon de Delbet. H. R.

Bubon chancrélleux phagédénique compliqué d'ulcération des artères fémorale et iliaque externe, par OUDARD et JEAN. *Annales des maladies vénériennes*, n° 2, février 1923.

Observation d'un malade qui présente le 3 octobre 1921 des chancres multiples à bacilles de Ducrey, du sillon balano-préputial, avec adénite inguinale gauche suppurée. Le 5 on incise l'adénite et on énuclée une masse de ganglions sphacelés. Deux jours après, hémorragie de la veine fémorale dont les tuniques sont infiltrées. Le 13 nouvelle hémorragie d'une branche interne de la fémorale profonde. Le 15 c'est une troisième hémorragie; l'artère fémorale est sphacélée sur 5 à 6 centimètres de hauteur. Il s'agit d'un phagédénisme qui ne gagne pas en surface, mais détruit en profondeur. On ne trouve pas de Ducrey mais exclusivement des streptocoques. Le 24, hémorragie de l'iliaque externe juste au-dessus de la ligature. Néanmoins guérison lente de la plaie qui fut seulement cicatrisée le 10 février 1922. Aucun trouble fonctionnel du membre inférieur. H. R.

Bubons chancrélleux extragénitaux, par MASSIA et LACASSAGNE. *Paris Médical*, 29 avril 1922.

Les adénites suppurées consécutives à un chancre extragénital sont d'une extrême rareté. M. et L. ont observé un de ces cas chez un homme de 31 ans qui entra à l'Antiquaille pour une ulcération de la verge et une blennorrhagie; petite ulcération douloureuse au niveau du frein et ulcération comme une pièce de 0 fr. 50 sur le fourreau. Quelques jours après le malade présente une ulcération à bords irréguliers à l'extrémité du médius gauche. Au bout de peu de temps les chancres de la verge et du doigt sont cicatrisés. 15 jours après sa sortie le malade revient avec un bubon du volume d'un petit œuf siégeant à la partie supérieure du coude; la tumeur est rouge, douloureuse, s'ouvre bientôt et cicatrise rapidement.

A l'occasion de ce cas les auteurs ont étudié les différentes statistiques relatives à ces bubons et pensent qu'on ne peut tirer de conclusion très particulière à leur sujet. Ils présentent les mêmes caractères que les bubons inguinaux, variété dans la date d'apparition, dans l'évolution capricieuse. Aucun n'est apparu chez une femme, fait concordant avec la rareté des bubons inguinaux chez elle. En outre on n'a jamais constaté dans ces cas la présence de bubons inguinaux, malgré la présence constante de chancres génitaux. H. R.

Essai de traitement des bubons chanorelleux par l'autohémothérapie, par NICOLAS et LEDUEF. *Lyon Médical*, 25 juin 1923, p. 561.

Trois malades ont été traités par cette thérapeutique. Dans ces trois cas, dès la première injection, sédation des phénomènes inflammatoires et diminution rapide de la suppuration. JEAN LACASSAGNE.

II. — VULVE

Etat ponctué de la muqueuse vulvaire (maladie de Fordyce vulvaire), par BARTHÉLEMY. *Annales des maladies vénériennes*, décembre 1922.

Sur la face interne des petites lèvres, quantité de petites élevures jaune blanchâtre, arrondies, d'un millimètre de diamètre, de consistance ferme, formant une sorte de bande mal limitée et large de quelques millimètres en haut et en bas, de près d'un centimètre à la partie moyenne. Aucune sensation subjective, date de début ignorée. Il n'a pas été possible de faire de biopsie. H. R.

Sur la question du prurit vulvaire (Zur Frage der Pruritus Vulvae), par P. WERNER. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1924, n° 13, p. 311.

W. commence par rappeler les descriptions antérieures, et les diverses théories émises au sujet du prurit vulvaire, et admet qu'il s'agit d'un syndrome d'origine variée. Il insiste sur le traitement par la radiothérapie. Sur 51 cas étudiés par W., 10 présentaient un début de kraurosis, 9 étaient symptomatiques (diabète, oxyurase); dans tous ces cas, la radiothérapie ne donna aucun résultat. 21 fois sur 43 (de prurit saisonnier, de prurit gravidique ou autre), la radiothérapie réussit, ce qui n'est pas aussi brillant qu'on l'a dit. Quelquefois l'opothérapie ovarienne et thyroïdienne a donné des résultats quand la radiothérapie avait échoué. On peut utilement associer les injections d'extraits ovariens au traitement externe.

On peut croire que quand la radiothérapie agit, c'est en détruisant les corpuscules de Vater-Pacini. CH. AUDRY.

III. — URÈTHRE

Paraurethrite et folliculite non blennorrhagique (Paraurethritis und Folliculitis non gonorrhoeica), par E. WAELSCH. *Dermatologische Wochenschrift*, 1923, n° 41, p. 1208.

Un homme de 22 ans, typographe, non blennorrhagique, présente un diverticule para-urétral (au voisinage du méat), rempli d'une sécrétion blanchâtre, purulente, sans autres microorganismes que des formes ressemblant à des pseudo-diphtériques. CH. AUDRY.

REVUE DES LIVRES

Le bismuth dans le traitement de la syphilis, par C. LEVADITI. Un volume de 316 pages in-8. Masson, éditeur, Paris, 1924. Prix 25 fr.

C'est avec le plus grand intérêt que je viens de lire le volume consacré par mon excellent ami Levaditi à l'étude du traitement de la syphilis par le bismuth. Je dirai dès maintenant que cette lecture s'impose à tout médecin soucieux d'être au courant des découvertes récentes et qui veut en faire profiter ses malades.

C'est en mai 1921 que le bismuth fut proposé par M. Levaditi dans le traitement de la syphilis. Reprenant les travaux de Sauton et Robert qui, en 1916, avaient expérimenté le tartro-bismuthate de sodium dans le traitement de la spirillose des poules et les trypanosomiasés il a eu le grand mérite avec une activité et une persévérance inlassable d'étendre à la pathologie humaine ces recherches jusqu'alors expérimentales. Avec Sazerac il étudie les différents sels utilisables, en fixe la toxicité et la posologie et met dans les mains du médecin une arme d'une remarquable efficacité contre le spirochète chez l'homme.

En ces trois dernières années, cette médication s'est imposée par son efficacité rapide, son maniement facile, l'absence de dangers en des mains attentives, à tel point qu'elle tend de plus en plus à se substituer à notre vieux mercure. J'estime qu'à l'heure actuelle, l'association du bismuth et des arsenicaux représente le traitement le plus actif que nous possédions.

Il me paraît superflu d'analyser ce beau livre ; nous dirons en deux mots que le lecteur y trouvera tout ce qu'il lui faut connaître en médecin et non simplement en savant sur les sels de bismuth. Cette lecture s'impose d'autant plus que c'est là une découverte purement française, dont nous devons connaître et faire connaître à l'étranger les admirables ressources. Nous ne saurions trop féliciter Levaditi de nous avoir forgé cette arme dont l'efficacité, j'en suis persuadé, s'affirmera de plus en plus chaque jour.

P. RAVAUT.

La syphilis arabe, par G. LACAPÈRE. Un volume (23 × 14) de 500 pages avec 40 planches hors texte. Doin, éditeur, Paris, 1923. Prix 32 fr.

Dans toute l'Afrique du nord, la syphilis règne en maîtresse. Tout médecin de colonisation, tout médecin militaire doit connaître à fond l'évolution de la syphilis indigène dont les descriptions jusqu'à présent éparses, ont été collationnées par le Dr Lacapère au cours d'un séjour de trois années au Maroc, en Algérie et en Tunisie et accrus de ses documents personnels. L'évolution de la syphilis chez des individus présentant des conditions d'existence qui diffèrent essentiellement des nôtres, permet de saisir sur le vif l'importance des facteurs d'orientation dans la marche de l'infection spécifique. La transformation *in situ* des syphilides cutanées les raisons de leur évolution particulière chez l'indigène, constituent une étude tout à fait nouvelle.

On voit que l'auteur de cet ouvrage, largement illustré de belles photographies, ne se limite pas au médecin de l'infirmerie indigène, mais qu'il s'étend à tous ceux qui s'adonnent à l'étude de la syphilis. En terminant, nous sommes heureux de féliciter notre ami Lacapère de nous faire connaître cette variété africaine de la syphilis et d'en avoir souligné avec autant de netteté toutes les variétés; nous souhaitons à cet ouvrage si personnel tout le succès qu'il mérite.

P. RAVAUT.

Entretiens dermatologiques, par R. SABOURAUD. Un volume in-8, de 272 pages. Masson, éditeur, Paris, 1924. Prix 20 fr.

Dans ce volume le lecteur trouvera une série de faits des plus intéressants agrémentés de digressions originales et personnelles ayant trait surtout aux maladies du cuir chevelu et à la syphilis héréditaire. Ecrite dans le style précis, clair, net et concis qui a toujours caractérisé son auteur, ce livre intéressera aussi bien les spécialistes que ceux s'occupant de médecine générale.

Dans une série de chapitres sont exposées les idées personnelles de M. Sabouraud sur les alopecies, sur les eczémas du cuir chevelu et surtout la pelade dont il n'a cessé de fouiller toutes les inconnues; il en recherche surtout l'origine dans des troubles des glandes vasculaires sanguines, et étudie l'importance du terrain fourni par la syphilis héréditaire. Il s'efforce d'en étudier les symptômes cachés ayant besoin d'être recherchés avec esprit critique et montre le rôle sans cesse croissant de l'hérédité syphilitique en pathologie.

La lecture de ces différents chapitres est véritablement captivante à certains moments, car elle est le reflet d'un esprit sans cesse en activité et toujours orienté vers des vues nouvelles. Souhaitons qu'à ce second volume vienne s'en ajouter un troisième. P. RAVAUT.

Traité technique d'hématologie, par J. JOLLY. Deux volumes in-8 de 1.129 pages avec 744 figures dont 699 en noir et 45 en couleurs. Maloine, éditeur, Paris, 1923. Prix 70 fr.

Le grand mérite de cet ouvrage est d'être un livre personnel et homogène et seule, la compétence bien connue de l'auteur pouvait réaliser une œuvre aussi considérable qui malgré sa riche documentation est d'une lecture facile et d'une grande clarté d'exposition. Ce n'est pas une pathologie du sang qui aurait nécessité de très longs développements, mais l'histologie pathologique du tissu lymphoïde et du tissu sanguin. Cette étude considérable est très complètement exposée dans ce livre où on trouvera de substantiels chapitres sur les anémies, les états hémolytiques, les leucémies et les états voisins. A ce titre ce livre s'adresse aussi bien aux médecins qu'aux biologistes purs. L'auteur comme il l'indique dans sa préface, s'appuyant sur des recherches personnelles bien connues a voulu créer une véritable introduction à l'étude de la physiologie et de la pathologie du sang.

Rien de semblable n'existait encore dans la littérature française ou étrangère et l'abondance et le luxe des illustrations, leur originalité, leur netteté en font un ouvrage considérable qui honore la science française.

P. RAVAUT.

Anaphylaxie et sensibilisation, spécialement dans les affections cutanées, par R. CRANSTON LOW. Un volume in-8 de 384 pages, 23 planches hors texte en couleurs. Green et fils, éditeurs, Edimbourg 1924.

Dans ce volume l'auteur donne d'abord des notions générales sur l'anaphylaxie, les phénomènes de sensibilisation et les modes de traitement issus de ces découvertes. Il passe ensuite en revue la plupart des affections cutanées et recherche à propos de chacune d'elles la part dans laquelle on peut faire intervenir ces phénomènes. C'est surtout une revue très étendue des innombrables travaux consacrés à cette question ; c'est donc un livre entièrement consacré à l'étude des réactions humérales en dermatologie et à ce titre la lecture de ce volume est très intéressante car nombre de faits peu connus en France, font l'objet d'assez longs développements ; je ne citerai qu'un chapitre de 70 pages consacré à l'exposé et la recherche de ces réactions au cours des mycoses.

Comme il le dit dans sa préface l'auteur ne s'est pas attaché à décrire les éruptions cutanées mais à rechercher leur mode de production, car jusqu'à présent l'on a eu trop de tendance à traiter la lésion cutanée en elle-même plutôt que la cause dont elle dépend. Certes, je ne blâmerai pas M. C. Low d'avoir abordé un tel sujet, car je partage tout à fait son opinion et pense que dans cette voie que nous commençons à explorer, il reste encore beaucoup à défricher. Ce volume montre bien tout l'intérêt de cette question et les 75 pages de bibliographie qui le terminent en sont la preuve ; il suffit de les parcourir pour constater que cette question a fait l'objet de travaux encore plus nombreux à l'étranger qu'en France, bien que nombre de faits étudiés chez nous aient été passés sous silence.

A ceux qui doutent de l'importance de ces phénomènes de sensibilisation en dermatologie, je conseille beaucoup la lecture de ce livre impartialement écrit et ils verront qu'à l'étranger, encore plus qu'en France, l'on ne craint pas de rechercher dans cette pathologie humérale, renouvelée par la découverte de l'anaphylaxie, des méthodes de traitement supérieures à celles que nous possédons.

P. RAVAUT.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES TRAVAUX ORIGINAUX, RECUEILS DE FAITS ET REVUES GÉNÉRALES

	Pages
BALZER. — Nécrologie BARGIONI.	128
BARGIONI. — Nécrologie par BALZER.	128
BEURMANN (DE). — Nécrologie par P. RAVAUT.	128
BIZZOZERO (ENZO). — Des formes anormales de lichénification.	331
BONNEFOUS et A. VALDIGUË. — Hypercholestérinémie et lipomatose.	290
BOULIN. — Voir RAVAUT (PAUL).	
BOUTELIER (A.). — Recherches sur l'étiologie des eczémas des nour- rissons, eczéma et tuberculose; eczéma et syphilis.	425
BURNIER. — Voir JEANSELME.	
CHATELLIER (L.). — Pemphigus traumatique tardif non héréditaire.	168
CHATELLIER (L.). — Pseudo-lymphome cervical de nature nævo-car- cinomateuse chez un nourrisson.	352
CHATELLIER (L.). — Nævo-carcinome et épithélioma corné.	525
DARIER (J.) et M. FERRAND. — Dermatosfibromes progressifs et réci- dants ou fibro-sarcomes de la peau.	545
DUBREUILH (W.). — La question des intertrigo-mycoses	65
DUBREUILH (W.) et JOULIA (P.). — Du lupus pernio.	689
DUJARDIN et Ch. DUPREZ. — A propos de la pathogénie des crises dou- loureuses du tabès.	11
DUPREZ (Ch.). — Voir DUJARDIN.	
ELIASCHEFF (OLGA). — Vergetures linéaires symétriques du dos chez un tuberculeux.	355
FERRAND (MARCEL). — Voir J. DARIER.	
FLARER (FRANCO). — Dermatosse figurée à type lichénoïde avec inocu- lation positive au cobaye	200
GAILLARD. — Voir NICOLAS.	
GANZONI (M.). — Un cas d'épithéliome spinocellulaire traité et guéri par une seule séance de rayons X	85
GATÉ. — Voir NICOLAS.	
GENNER (VIGGO). — Sur le traitement des ulcères phagédéniques des pays chauds	733
HASLUND (OTTO). — Sur la participation inégale des jumeaux dans la syphilis congénitale	321
JEANSELME et BURNIER. — L'emploi de la tuberculine en dermatologie.	449
JOULIA (P.). — Voir DUBREUILH.	
JOURDANET (P.). — Contribution à l'étude du prurit.	297
JOYEUX (Ch.). — Pénétration des parasites par la voie cutanée	272
LAURENTIER (Ch.). — Ichtyose et langue noire.	35
LAURENTIER (Ch.). — Sur les anomalies cutanées associées à l'hyper- trophie des parotides	240
LAURENTIER (Ch.). — Leucémie psoriasiforme aleucémique et chry- sarobine.	347
LENORMANT (Ch.). — Trois exemples de lésions « historiques » de la vérole et de son traitement	1

	Pages
LEYBERG et STARZYNSKI. — Complications du côté du système nerveux dans la syphilis récente et le liquide céphalo-rachidien . . .	571
LEVY (G.). — Voir PAUTRIER.	
LYON (A.). — Pemphigus traumatique congénital héréditaire avec lésions des parotides . . .	163
MAY (JOSÉ). — Ictères tardifs au cours du traitement des syphilitiques par le bismuth.	89
MAY (JOSÉ). — La réaction locale de Bordet-Wassermann sur la séro-sité des chancres au point de vue de la clinique.	513
MICHON. — Voir SPILLMANN.	
MIERZECKI (H.). — La syphilis sur la table d'autopsie	14
MORRIS (SIR MALCOM). — Nécrologie.	256
NICOLAS (J.), GATÉ (J.), GAILLARD (R.) et P. RAVAUT. — Sur deux cas de sarcomatose cutanée	129
NICOLAS (J.), GATÉ (J.) et P. RAVAUT. — Erythème prémycosique . .	257
PAILLET (ERNEST). — Paraffinomes ou pseudo-tumeurs fibro-conjonctives consécutives aux injections d'huiles minérales	385
PAUTRIER (L.-M.) et LEVY (G.). — Contribution à l'étude de l'histo-physiologie cutanée. Les échanges dermo-épidermiques et le réseau tropho-mélanique	700
PIRÈS DE LIMA. — Onychatrophie familiale congénitale	266
PRINGAULT. — Voir VIGNE	
RABEAU. — Voir RAVAUT (PAUL).	
RAMEL (EDWIN). — Sur une dermatose voisine du pemphigus à évolution cicatricielle essentielle	403
RAVAULT. — Voir NICOLAS.	
RAVAUT (P.). Nécrologie DE BEURMANN.	128
RAVAUT (PAUL), BOULIN et RABEAU. — Etude sur la « poradéno-lymphite », ou (poradéno-lymphite suppurée bénigne à forme septicémique) ou (lymphogranulomatose inguinale subaiguë de NICOLAS et FAVRE)	463
SAAD. — Les crises fulgurantes du tabès et le paludisme.	597
SICOLI. — Analogies dans les modifications sanguines entre le psoriasis et la pelade en dehors de la syphilis	139
SICOLI. — Dyshidroses vraies et pseudo-dyshidroses.	69
SPILLMANN (L.) et P. MICHON. — Les myomes cutanés	193
STAROBINSKY et WEYL. — La réaction de Sachs-Georgi	150
STAROBINSKY et WEYL. — La réaction de Meinicke	519
STARZYNSKI (A.). — Voir LEYBERG.	
STEFANO (G. DE). — Un cas de mycosis fongoïde à sa période prémycosique, observation clinique et recherches expérimentales .	563
THIBIERGE (GEORGES). — L'avènement des doctrines syphiligraphiques modernes — L'œuvre de Joseph ROLLET	609
VAICIUSKA (PR.). — Contribution à l'étude de l'influence du typhus exanthématique sur le cours de la syphilis	93
VALDIGUIÉ. — Voir BONNEFOUS.	
VIGNE (PAUL) et E. PRINGAULT. — Bouton d'Orient, Etude histologique et localisation des parasites	212
WEIL (MATHIEU PIERRE) et WEISSMANN-NETTER (R.). — Concrétions calcaires et insuffisance thyro-ovarienne.	724
WEISSMANN-NETTER (R.). — Voir WEIL.	
WEYL. — Voir STAROBINSKY.	

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS
DANS CE VOLUME

A

ACRINE, 103.
ACHARD, 359.
ADACHI, 182.
ADRIAN, 254.
AKATSU, 448.
ALESIO, 120.
ALEXANDER, 172, 442.
ALEXIEWSKI (Mme), 99.
ALMKVIST, 179.
APOSTOLIDÈS, 534.
ARGAUD, 247.
ANNAUD, 446.
ARTOM, 183.
ARZT, 376, 377.
ASBACH, 105.
ASNIS, 678.
AUDRY (Ch.), 102, 245.

B

BACCHI, 602.
BACHER, 55.
BAHRAWY, 48.
BALZER, 128.
BARILE, 312.
BARTHELEMY, 739.
BASSAN-CHUKRI, 366.
BATEMAN, 374.
BEINHAEUER, 680.
BÉLA, 109.
BELLA (DE), 109.
BERGEL, 105.
BERKHSEISER, 243.
BERNADET, 250.
BERNARD, 305, 312.
BERNHARDT, 436, 531.
BERNHEIM, 605.
BESSEMAN, 444.

BIBERSTEIN, 435.
BIZARD, 46.
BIZZOZERO (ENZO), 331, 541.
BLOC, 685.
BLUM, 738.
BLOCH (B.), 381.
BLUMENTHAL, 37.
BOAS, 312, 439, 440.
BOCKOLT, 380.
BOECKEL (ANDRÉ), 121.
BOGDANOW, 305.
BOGROW, 176, 185.
BOISSEAU, 188.
BONNEFOUS, 290.
BONNET, 48.
BORELLI, 98.
BOULIN, 463.
BOUTELIER (A.), 425.
BOUTTIER, 37, 445.
BRANN, 55.
BRAVA, 383.
BRIDE, 438.
BROCO, 310.
BRODEN, 440.
BRODIER, 123.
BROWN, 604.
BRUN (DE), 112.
BRUNAUEER, 372, 535, 679.
BRUNING, 51.
BULLIARD, 45.
BUMAN (DE), 52.
BURKMANN, 374.
BURNIER, 449.
BUSCHKE, 49.

C

CAJAL, 310.
CALLOMON, 366.

CAPELLI, 44.
 CAPELLI, 110.
 CARLE, 62.
 CAROL, 364.
 CAROUGEAU, 374, 376.
 CASAUDON, 103.
 CASPER, 192.
 CASTELLINO, 185.
 CASTELLO, 600.
 CATHEART, 437.
 CAZENAVE, 189.
 CEALIC, 109.
 CERF, 312.
 CHATELLIER (L.), 168, 352, 525.
 CHEINISSE, 687.
 CHIRAY, 57, 111.
 CIVATTE, 188.
 CLÉMENT SIMON, 188.
 COHN, 445.
 COLRAT, 122.
 COMBY, 688.
 CONTAMIN, 246.
 COSTELLO, 680.
 COURV, 57.
 CRAIG, 442.
 CRANSTON LOW, 742.
 CROHN, 119.
 CROSTI, 97, 434.
 CROUZON, 37, 112.
 CRUVEILHIER, 100.
 CULVER, 118.

D

DACHÉ, 308.
 DALIMIER, 244.
 DALSACE, 43.
 DANEL, 244.
 DARIER, 188, 545.
 DAVID-CHAUSSE, 190.
 DEGLAIRE, 108.
 DELAMARE, 366.
 DELPIANO, 680.
 DENNIE, 438.
 DESCLAUX, 110.
 DESMOULIÈRE, 309.
 DESNOS, 124.
 DEVAUX, 309.
 DITTRICH, 178.

DOMINGUEZ, 600.
 DROOP, 59.
 DRUELLE, 607.
 DU BOIS, 41, 308, 320, 379.
 DUBREUILH (W.), 65, 689.
 DU CASTEL, 188.
 DUFOUR, 99.
 DUFOURT (A.), 359.
 DUJARDIN, 11, 243, 442.
 DULMAN, 379.
 DUMOLLARD, 607.
 DUMONT (J.), 57.
 DUPREZ, 11.
 DUVAL (H.), 117.

E

EHLMANN, 247, 371.
 EICKE, 59, 445.
 ELIASCHEFF (OLGA), 355, 683.
 ELIZALDE, 106.
 ENGELHARDT, 375.

F

FALDENSTEIN, 361.
 FALKENSTEIN, 371.
 FANTL, 608.
 FAVRE, 246.
 FEINBLATT, 443.
 FELDMAN, 49.
 FELKE, 104.
 FERRAND, 188, 545.
 FIELDE, 380.
 FISCHER, 40.
 FISCHL, 121, 177, 534.
 FLARER (F.), 200.
 FLORAND, 116, 119.
 FONTANA, 362.
 FONTOYNOT, 374, 375, 376.
 FORSTER, 51.
 FOURCADE, 317.
 FOURNIER, 316, 319.
 FOX, 384, 536.
 FRANCK, 544.
 FRASER, 109.
 FRAULINI, 542.
 FREG, 531.
 FREI, 52.
 FRIED, 366.

FRITZ, 318.
 FUHS, 58, 122, 376, 377, 687.
 FUNFACK, 381.
 FUNSTEN, 111.
 FUSS, 175.

G

GAILLARD, 129.
 GALEWSKY, 47.
 GALLIOT, 104.
 GANASSINI, 531.
 GANS, 47.
 GANZONI, 85.
 GASTINEL, 363.
 GATÉ, 129, 186, 257, 445.
 GAUTIER, 120.
 GAWALOSKY, 383.
 GAY, 368.
 GEBER, 682.
 GENNER, 733.
 GERBAY, 104.
 GILBERT (A.), 57.
 GIRAULT, 119.
 GLASER, 120.
 GLASSON, 678.
 GLEWANT, 99.
 GOLDENBERG, 52.
 GOODMAN, 121, 248.
 GOUBEAU, 100.
 GOUGEROT, 63, 113, 738.
 GRASSO, 606.
 GRAVAGNA, 101, 113.
 GREENBAUM, 246.
 GREIG, 40.
 GRINTSCHAR, 434.
 GRÖN, 181, 360.
 GRUBER, 244.
 GRUSZ, 182.
 GUARINI, 99, 383, 688.
 GUENOT, 316, 319.
 GUILLAIN, 116, 446.
 GUMPERT, 379.
 GUTMANN, 43, 172, 244.

H

HAAS, 371.
 HACHEZ, 357.

HAGUENAU, 56.
 HAHN, 103.
 HARRY, 437, 542.
 HART, 58.
 HASLUND (OTTO), 321.
 HAUPT (ASTA VON), 37.
 HEDEN, 311.
 HEINRICHSORFF, 382.
 HELLER, 377.
 HERXHEIMER, 374.
 HERZEN, 306.
 HIRSCH, 315.
 HOFFMANN, 189, 384, 537, 681.
 HOLLANDER, 379.
 HUBINYI, 109.
 HUBSCHMANN, 532.
 HUÏLE, 173.

I

IGERSHEIMER-GRAEFE, 447.
 IORGULESCO, 445.
 ISHIMARU, 178, 536.

J

JANET (HENRI), 111.
 JEAN, 738.
 JEANSELMÉ, 449.
 JEFFERIES, 380.
 JERSILD, 318.
 JESSNER, 111, 375.
 JOLLY, 741.
 JORDAN, 382, 600.
 JOULIA, 689.
 JOURDANET, 297.
 JOYEUX (CH.), 272.
 JULIUSBERG, 678.
 JULLIEN, 252.
 JUSTER, 42.

K

KAUFFMANN-WOLF, 378, 382.
 KEBRON, 368.
 KEMP, 106.
 KENEDY, 364, 365.
 KILDUFFE, 441.
 KINGERY, 47.
 KIRSCHNER, 534.

KISSMEYER, 439.
 KLARK, 378.
 KLAUDER, 63.
 KLIPPEL, 38.
 KLOPPPEL, 319.
 KOB, 175.
 KOGSY, 438.
 KOLMER, 246.
 KRANTZ, 97.
 KRAUPA, 108.
 KREIBICH, 56, 117, 368, 531, 685.
 KUBELICK, 444.
 KUDELSKI, 446.
 KUMER, 372.
 KYRLE, 105.

L

LACAPÈRE, 62, 740.
 LACASSAGNE, 738.
 LACROIX, 186.
 LAPRENZ, 307.
 LAMBERT, 119.
 LANGE, 247.
 LANGER, 379.
 LAROCHE, 446.
 LATAPIE, 441.
 LAURENTIER (Ch.), 35, 240, 347.
 LAURITZ, 60.
 LEDGEUF, 172, 739.
 LEHNER, 116, 364, 365, 603.
 LELONG, 313.
 LEMIERRE, 107, 120.
 LENARTOWICZ, 439.
 LENORMANT, 1.
 LENZ, 682.
 LEREDDE, 61, 308, 309.
 LESPINNE, 531.
 LEVADITI, 315, 448, 740.
 LEVIN, 530.
 LEVY, 700.
 LEVY-FRANCKEL, 42.
 LEYBERG, 571.
 LEYVEN, 444.
 LINDBERG, 253.
 LINGALE, 369.
 LIPSCHÜTZ, 40, 359.
 LÖDERICH, 107.
 LÖSER, 63.

LOHMANN, 446.
 LOMBARDO, 41.
 LOMHOLT, 184, 687.
 LORTAT-JACOB, 686.
 LURIDIANA, 602.
 LYON, 163.

M

MAGER, 181.
 MAGR, 40.
 MAGROU, 174.
 MAJOCCHI, 55.
 MALLAM, 49.
 MALLEIN, 188.
 MARCOZZI, 187.
 MARIE, 317.
 MARIE (A.), 306.
 MARIE (PIERRE), 445.
 MARIOTTI, 249.
 MARTIN, 122.
 MARTIN (NAVARRO), 448.
 MARTINO, 46.
 MARTINOTTI, 53, 54, 62.
 MASSARY (DE), 117.
 MASSIA, 738.
 MATARASSO, 543, 544.
 MATHIEU, 37, 50.
 MATSUMOTO, 182.
 MATTRINI, 373.
 MAX, 111.
 MAY (J.), 89, 513.
 MAYER, 57.
 MAYR, 174.
 MAZZINI, 530.
 MEINERL, 44, 439, 688.
 MERKLEN, 110, 309.
 MEYER, 46.
 MIBELLI, 39, 62.
 MIBERSTEIN, 358.
 MICHON (P.), 193.
 MIERZECKI, 14, 541.
 MILIAN, 101, 113, 114, 313.
 MINAMI, 177.
 MINASSIAN, 114.
 MINET, 99.
 MISSIRLIU, 190.
 MONTESANO, 543.
 MONTGOMERY, 118.

MONTPELLIER, 186.
 MOORE, 106.
 MORINI, 314, 535.
 MORROW, 53.
 MOURADIAN, 99, 542.
 MOZER, 605.
 MUCHA, 439.
 MÜLLER, 317.
 MÜLLERN-ASPEGREN, 313.
 MURERO, 46, 112.
 MURRAY, 41.
 MUTERMILCH, 441.

N

NARDELLI, 314.
 NATHAN, 371.
 NICAUD, 116.
 NICOLAS (J.), 129, 172, 186, 257, 739.
 NICOLLE, 737.
 NISHIURA, 380.
 NOBL, 601.
 NONOHAY, 60.
 NORTHEIM, 247.
 NYSSEUS, 318.

O

OBREGIO, 382.
 OCHS, 49.
 OELZE, 59, 186.
 OPHANIDÈS, 114.
 OPPENHEIM, 312.
 ORPHANIDÈS, 251.
 OSBORNE, 47.
 OSCHINSKY, 435.
 OTTERSTRÖM, 600.
 OUDARD, 738.

P

PAGE, 118.
 PAGNIEZ, 56.
 PAILLIET, 385.
 PAL, 109.
 PALDROCK, 367.
 PAPACOSTAS, 445.
 PAPPENHEIM, 252.
 PARÈS, 309.
 PABINI, 97, 111, 601.

PASTEUR VALLERY-RADOT, 56.
 PATZSCHKE, 682.
 PAUTRIER, 188, 700.
 PERIN, 101.
 PHYLACLOS, 191.
 PICCARDI, 115, 120.
 PINARD, 108, 243.
 PINKUS, 685.
 PIRÈS DE LIMA, 266.
 PLANNER, 358.
 POKORUY, 173.
 POLAK, 370.
 POLLAND, 179, 360.
 PORCELLI, 51, 98.
 PORTA, 252.
 POSPELOW, 38.
 POUSSON, 124.
 PREIS, 99.
 PRINGAULT, 212.
 PRISES, 49.
 PULAY, 188, 603.

Q

QUATTRINI, 60, 372, 681, 682.

R

RABEAU, 463.
 RABUT, 180.
 RADAELI, 316.
 RAJKA, 183, 603.
 RAMAZZOTTI, 434.
 RAMEL, 403, 541.
 RASCH, 112.
 RAULOT-LAPOINTE, 120.
 RAVAUT (P.), 129, 257.
 RAVAUT (PAUL), 128, 463.
 RAYKA, 377.
 RAYNAUD, 186.
 REICHENBACHER, 110.
 REILLY, 363.
 RENAUD (MAURICE), 440.
 RIDLON, 243.
 RIECKE, 320, 685.
 RONCHÈSE, 37.
 ROMAN, 382.
 ROMEIKOWA, 600.
 ROSE, 530.

ROSTAINÉ, 188.
 ROUILLARD, 359.
 RUETE, 384.
 RULISON, 58.
 RYPINS, 440.

S

SAAD, 597.
 SABOURAUD, 43, 50, 183, 601, 678, 741.
 SALA, 101.
 SALÈS, 307.
 SALVAT, 375.
 SANTA CECILIA, 116.
 SATKE, 439.
 SAUERBACH, 362.
 SAZERAC, 315.
 SCHAFFER, 190.
 SCHAMBERG, 604.
 SCHAUMANN, 371.
 SCHLASBERG, 185.
 SCHLITTER, 108.
 SCHNEIDER, 102, 679.
 SCHENFELD, 311.
 SCHENOF, 52, 186.
 SCHON, 250.
 SCHREINER, 318.
 SCHUBERT, 443.
 SCHUMACHER, 186.
 SCHWABE, 59.
 SCHWARTZ, 319.
 SCUFFER, 55.
 SÉE, 97.
 SEEMANN, 377.
 SEGRÉ, 46.
 SEQUEIRA, 53.
 SICOLI, 69, 139.
 SIEBURG, 682.
 SIEMENS, 357.
 SILBERSTEIN, 314, 437.
 SILVA (F. I. DA), 38.
 SKLARZ, 306.
 SMITH, 180.
 SPIERER, 310.
 SPILLMANN (L.), 193.
 SPINDLER, 60.
 SPITZER, 42.
 SPREMOLLA, 378.
 STANCANELLI, 173, 183, 307, 358.

STAROMINSKY, 150, 519.
 STARZYNSKI, 571.
 STEFANO (G. DE), 563.
 STERN, 440.
 STERNBERG, 369.
 STILLIANS, 121.
 STIMSON, 122.
 STOKES, 437.
 STRANDBERG, 601.
 STRANZ, 190.
 STRASSBERG, 358.
 STRAUDBERG, 246.
 STREMPER, 384, 681.
 STRICKLER, 678.
 STUMPHE, 378.
 SWEITZER, 533.

T

TANSARD, 543.
 TARGOWLA, 446.
 TASSIN, 107.
 TAUSSIG, 53.
 TAYLOR, 305.
 TEICHMANN, 314.
 TEISSIER, 363.
 THIBIERGE, 180, 181, 360, 361, 368, 609.
 THIERS, 99.
 THOMSON, 317.
 TIXIER (LÉON), 117.
 TOLDT (JUNIOR), 182.
 TOMESCO, 382.
 TOMMASI, 115.
 TOOMCY, 45.
 TOUFLET, 250.
 TROTTER, 176.
 TRYB, 365.
 TZANCK, 188.

U

UMANSKY, 64.
 URBACH, 184.
 URBAIN, 51.
 URQUHART, 441.

V

VADJA, 116.
 VAICIUSKA, 93.

VALDIGUIÉ, 290.
VALLERY-RADOT (PIERRE), 307.
VALLISNIERI, 43.
VAN DER WALK, 370.
VANHAELKE, 243.
VAN LOHINZEN, 370.
VEEDER, 103.
VENTURI, 684.
VERNES, 192.
VERSARI, 176, 367.
VIGANO, 111.
VIGNE (PAUL), 212.
VOLLMER, 680.

W

WAELSCH, 739.
WAGNER, 56.
WALLON, 251.
WATANABE, 55.
WEBER (PARKES), 680.
WEIDMAN, 380.
WEIL, 111.
WEIL (M. P.), 38; 724.

WEISSENBACH, 107.
WEISMANN-NETTER, 724.
WELTMANN, 58.
WERNER (P.), 739.
WERNER SIEMENS, 366.
WERTHEIM, 318.
WEYL, 150, 519.
WHITE, 103, 243.
WICHMANN, 533.
WILE, 180.
WILLIAMS, 442.
WINTERFELD, 305.
WRIGHT, 180.

Y

YOKOTA, 447, 448.

Z

ZIMMERMANN, 108.
ZIJSER, 118.
ZURHELLE, 106, 366.

TABLES ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

DU TOME CINQUIÈME — SIXIÈME SÉRIE

1924

A

Acanthome. Sur l'acanthome de la muqueuse labiale, par ALEXANDER	173
Acanthosis nigricans. Un cas d'acanthosis nigricans, par NICOLAS et LEDIEUX	173
Achromie. Achromie parasitaire, par PARDO CASTELLO et DOMINGUEZ	600
Acrodermatite. Sur un cas d'acrodermatite chronique atrophiante par JORDAN et ROMEKOWA	600
Addison (maladie de). Un cas de maladie d'Addison due à la syphilis secondaire, par EDITH OTTERSTRÖM	600
Alopécie. Diagnostic des alopécies profuses, par SABOURAUD. — Rapports de la neurodermite et de l'alopecie, par NOBL	601
Amyloïdose cutanée Sur l'Amyloïdose de la peau, par GUTMANN	173
— Sur l'amyloïdose cutanée, par JULIUSBERG	678
Angiolupoides. Sur l'histologie et clinique de l'angiolupoides par POKORUY	173
Angiome caverneux. Etude sur l'hérédité des maladies cutanées (angiome caverneux et télangiectasies), par HINLE	173
Aplasia moniliforme. Contribution à notre connaissance de l'aplasie moniliforme, par STRANDBERG	601
Atrophodermie. Atrophodermie idiopathique progressive, par PASINI	601

B

Balanite. Sur quelques formes	
--------------------------------------	--

de spirochètes rencontrées dans la balanite, par KRANTZ	97
Biologie cutanée. L'hyperglycémie comme facteur étiologique de certaines dermatoses, par GLASSON	678
— Histopathologie des réactions cutanées, par STRICKLER et ASNIS	678
— Contribution expérimentale à l'allergie dermique au moyen d'extraits hydatiques, par LURIDIANA et BACCHI	602
— Sur le rôle d'hypermensibilité dans le point de départ de l'inflammation cutanée, par LEHNER et RAJKA	603
— La chimie du sang au point de vue de sa valeur en dermatologie, par PULAY	603
— Etude sur l'acide urique du sang dans les affections cutanées, par SCHAMBERG et BROWN. — Contribution à l'étude de l'histo-physiologie cutanée. Les échanges dermo-épidermiques et le réseau trophomélanique, par PAUTRIER et LÉVY	604
Blennorrhagie. Adénite pelvienne blennorrhagique, par PASINI	97
— Urétrites aiguës chez l'homme, par SÉE	97
— L'iodophilie dans le pus blennorrhagique, par CROSTI	97
— Vaccinothérapie antigonococcique, par PORCELLI	98
— Traitement ambulancier de l'épididymite blennorrhagique par le vaccin antigonococcique, par BORELLI	98
— Auto-hétéro. Vaccin antigonococcique, par MINET	99

— Le Dmégon dans le traitement de la conjonctivite gonococcique, par GLEWANT	99	— Traitement du processus blennorrhagique par les stomosines, par MONTESANO	543
— Nouvelles méthodes de traitement de la blennorrhagie et de ses complications, par MOURADIAN	99	— Du traitement de l'endométrite et de l'annexite blennorrhagiques, par FRANCK	544
— Traitement de l'arthrite blennorrhagique avec pyarthrose ou hydarthrose par l'injection sous-cutanée du liquide articulaire, par DUVON, THIERS et Mme ALEXEWSKI	99	— Lymphangite avec œdème rouge et douloureux de la région du tricep-brachial d'origine très probablement blennorrhagique, guérie par deux injections de vaccin antigonococcique, par MATA-RASSO	544
— Formation d'iodoforme sur la muqueuse vésicale par les lavages au permanganate de potasse, par PARIS	99	Bouton d'Orient. Cas de trois boutons d'Orient au visage dont deux probablement dus à des métastases par voie lymphatique, par STANGANELLI	173
— Sclérose des corps caverneux guérie par les rayons Röntgen, par GUARINI	99	— Bouton d'Orient. Etude histologique et localisation des parasites, par P. VIGNE et E. PRINGAULT	213
— Sur les récidives de la blennorrhagie chez les petites filles, par SCHLASBERG	185		
— Autosérothérapie dans le rhumatisme gonococcique et dans quelques dermatoses, par CASTELLINO	185		
— Sur les kératoses blennorrhagiques, par BOGROW	185		
— Sur la kératose blennorrhagique, par ORLIZE	186		
— Sur l'accélération de la sédimentation du sang et l'éosinophilie sanguine dans la blennorrhagie, par MIKIEZEKI	541		
— Cytologie de la sécrétion urétrale inflammatoire, par BIZZOZERO	541		
— Du rôle de la gonorrhée dans l'étiologie de la spondylarthrite ankylosante, par RAMEL	541		
— Les blennorrhagies chroniques d'emblée, par MOURADIAN	543		
— Sur la kérato-conjonctivite blennorrhagique endogène, par HARRY	542		
— Péritonite et péritonisme blennorrhagique gonococcique, par FRAULINI	542		
— Orchi-épididymite blennorrhagique abcédée du scrotum, présence de nombreux gonocoques dans le pus de l'abcès, par MATARASSO	543		
— De l'emploi des injections intramusculaires de lait et de la vaccinothérapie dans le traitement de la blennorrhagie, par TANSARD	543		
		C	
		Calvitie. De la calvitie précoce, par SABOURAUD	678
		Cancer cutané. Sur le cancer primitif multiple de la peau, par MAYR	174
		— Sur l'étiologie du cancer, par MAGROU	174
		— Le cancer arsenical, avec remarques sur d'autres lésions cutanées arsenicales, par FUSS	175
		— Sur le lentigo malin, une rare et spéciale forme de cancer de la peau, par KOE	175
		— Epithélioma et lupus érythémateux, par BOGROW	176
		Chancres mou. Méthode du traitement du chancre mou et de ses complications, par GODEAU	100
		— Vaccinothérapie dans le chancre mou, par CAUVILLIER	100
		— Bubon chancrelleux phagédénique compliqué d'ulcération des artères fémorale et iliaque externe, par OUDARD et JEAN	738
		— Bubon aigu chancrelleux (forme aiguë phlegmoneuse fébrile de l'adénite chancrelleuse) importance des bubons tardifs, sensibilisation et désen-	

sibilisation, par GOUGEROT et BLUM	738	— Sur une éruption papuleuse et prurigineuse se développant au printemps sur les mains des jeunes sujets, par THIBIERGE et RABUT.	180
— Essai de traitement des bubons chancrelleux par l'autohémothérapie, par NICOLAS et LEBŒUF	739	— Les éruptions provoquées par l'usage externe de certains dérivés salicyliques, par THIBIERGE.	181
— Bubons chancrelleux extragénitaux, par MASSIA et LACASSAGNE.	738	— Dermatitis sévère par l'action de la lumière à la suite d'une brève exposition au soleil, par GRÖN	181
— Isolement, culture et conservation dans les laboratoires du strepto-bacille du chancre mou, par C. NICOLLE	737	— Rapports étiologiques et pathogéniques entre certaines dermatoses et la leucémie, par PORTA	252
Cheveux et cuir chevelu. Contribution à la connaissance de la fine circulation sanguine du cuir chevelu, par VERSARI	176	— Dermatitis due à la résine, par BRINHAUER	680
— La résistance des cheveux à certains soi-disant stimulants de leur croissance, par TROTTER	176	— Bromides par transmission placentaire, par COSTELLO	680
— Neurodermite décalvante, par KREIBICH	177	— Le type mycosique des bromides et des iodides, par PARKES WEBER	680
— Sur l'alopecie kératosique tuberculeuse, par MINAMI	177	— Dermatose prurigineuse généralisée avec nombreuses taches blanches, par HOFFMANN et STREMPER	681
Chloasma utérin. Le pouvoir antitoxique du sérum des femmes enceintes avec chloasma, par FISCHL	177	— Erythrodermie ichthyosiforme récidivante provoquée par les rayons solaires, par QUATREINI	681
Cholestérinémie. Dermatoses et cholestérinémie, par ISHIMARU	178	— Genèse de la mélanine après les benzo-pyrols, par QUATREINI	682
— Hypercholestérinémie et lipomatose, par BONNEFOUS et VALDIGUIÉ,	290	— Sur l'étiologie des exanthèmes menstruels, par PATZSCHKE et SIEBURG	682
D		— Sur les rapports qui existent entre les dermatites artificielles et l'acidité gastrique, par GÉBER	682
Darier (maladie de —). Sur le classement de la maladie de Darier dans les genodermatoses et son rapport avec la séborrhée, par BAUNAUER.	679	— Anaphylaxie et sensibilisation spécialement dans les affections cutanées, par CRANSTON LOW	742
— Maladie de Darier pendant deux générations, par SCHNEIDER.	679	— Dermatose figurée à type lichénoïde avec inoculation positive au cobaye, par F. FLAHER.	200
— Sur la constitution des sujets atteints de maladie de Darier, par VOLLMER	680	— Sur une dermatose voisine du pemphigus à évolution cicatricielle essentielle, par E. RAMEL.	403
Dermatoscopie. De l'utilité de la dermatoscopie, par DITTRICH	178	— Sur les anomalies cutanées associées à l'hypertrophie des parotides, par C. LAURENTIER.	240
— Premiers résultats de photodermatoscopie, par DELPIANO.	680	Dermatose dysménorrhéique. La dermatose dysménorrhéique, entité morbide, par POLLAND.	179
Dermatoses. Les dermatoses mercurielles, par ALMKVIST	179		
— Etude expérimentale préliminaire des exanthèmes iodiques et bromiques, par WILE, WRIGHT et SMITH	180		

- Dermatoses dues à des parasites animaux.** Sur les effets pathologiques de la piqûre des scolopendres et du scorpion (d'après l'expérience de la guerre de Macédoine), par MAGER 181
- L'action des sécrétions glandulaires du morpion sur le sang humain dans ses rapports avec la formation des taches bleues, par GRUSZ 182
- Sur la trombidiose (dermatose par *leptus autumnalis*) dans les Alpes, par TOLDT JUNIOR 182
- Sur la sclérose initiale déterminée chez les lapins par la maladie « de la morsure du rat », par MATSUMOTO et GOGORO ADACHI 182
- Myiasis due à la sarcophaga magnifica de Schiner sur un fœtus, par STANCANELLI 183
- Pénétration des parasites par la voie cutanée, par C. JOYEUX 272
- Dermatoses végétales.** Contribution à l'étude des dermatites staphylogènes végétales, par ANTON 183
- Diphthérie cutanée.** Diphthérie cutanée, par LENZ 682
- Duhring (maladie de).** Contribution à l'étude de la dermatite herpétiforme, par OLGA ELIASCHEFF 683
- Dermatite herpétiforme de Duhring et pemphigus, par VENTURI 684
- Dysidrose.** Etiologie de la dysidrose, par RAJKA 183
- Dyshidroses vraies et pseudo-dyshidroses, par SICOLI 69
- E**
- Eczémas.** Les eczémas du cuir chevelu capables de déterminer des alopecies, par SADOUBRAUD 183
- Etude radiologique et clinique du tractus digestif dans l'eczéma et sa valeur pour un traitement causal, par URBACH 184
- Traitement de l'eczéma chronique par la fisentherapie, par LOMHOLT 184
- Traitement de l'eczéma chronique par la fisentherapie, par LOMHOLT 687
- Rapports sur l'eczéma, par KREIBICH, BLOC, RIECKE et PINKUS 685
- Les bases cliniques du traitement des eczémas, par LOMTAT-JACOB 686
- Traitement des eczémas du nourrisson par l'opothérapie pancréatique, par CHEINISSE 687
- Indications de la radiothérapie dans les diverses formes d'eczéma, par FUS 687
- Traitement de l'eczéma chronique par l'irradiation de la glande thyroïde, par GUARINI 688
- Recherches sur l'étiologie des eczémas des nourrissons, eczéma et tuberculose; eczéma et syphilis, par BOUTELIER 425
- Epidermolyse.** Recherches littéraires et statistiques sur les formes simples et dystrophiques d'epidermolyse bulleuse mécanique autonome, par WERNER SIEMENS 357
- Sur l'epidermolyse bulleuse héréditaire dystrophique, par HACHEZ 357
- Un cas d'epidermolyse bulleuse, par MEINER 688
- Epididymite.** Sur l'epididymite non spécifique, par SCHUMACHER 186
- Epithéliomatoses.** Sur une épithéliose particulière (épithéliose acnéiforme), par PLANER et STRASSBERG 358
- Epithélioma adénoïde cystique du visage et cylindrome du cuir chevelu, par MIBENSTEIN 358
- Un cas d'epithéliome spinoculaire traité et guéri par une seule séance de rayon X, par M. GANZONI 85
- Erythème infectieux.** Petite épidémie de mégalo-érythème infectieux, par STANCANELLI 358
- Erythème migrateur.** Nouvelles recherches sur l'erythème chronique migrateur, par LIPSCHÜTZ 359
- Erythème noueux.** Erythème noueux compliqué de phlébite des veines superficielles des membres inférieurs, par ACHARD et ROUILLAND 359

— Les relations de l'érythème nouveau avec la Tuberculose, par DUFOURT.	359	des méthodes d'examen, diagnostic et thérapeutique, par MARTIN PAPPENHEIM.	252
— L'érythème nouveau chez les enfants, par COMBY.	688	— La vie sexuelle et ses dangers, par JULIEN.	252
Erythème prémycosique. Erythème prémycosique, par J. NICOLAS, J. GATÉ et P. RAVAULT.	257	— Les altérations de la peau au cours du typhus abdominal, par ADRIAN.	254
Erythrodermie exfoliante. Remarques cliniques sur l'érythrodermie desquamative de Leiner, par GRÖN.	360	— Statistique des maladies vénériennes, de la prostitution et des naissances illégitimes en Rhénanie occupée, par HOFFMANN.	537
— Erythrodermies exfoliantes de l'enfance, par POLLAND.	360	— Le nouveau règlement italien pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes.	537
Fibromes. Dermato-fibromes progressifs et récidivants ou fibrosarcomes de la peau, par J. DARIER.	545	— Instructions pour l'application du nouveau règlement italien pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes approuvé par décret du 25 mars 1923 n° 846.	539
G			
Gale. Sur les variations de fréquence de la gale, par THIBERGE.	360	— Etude critique de l'autohémothérapie en dermatologie, par DUMOLLARD.	607
— La transmission à l'homme de la gale du chat, par THIBERGE.	361	— Association professionnelle des Dermosyphiligraphes italiens (VIII ^e Congrès. Trieste, 1922).	608
Gangrène des organes génitaux. Gangrène foudroyante des organes génitaux externes. Reproduction expérimentale de la gangrène chez le lapin, par MILIAN et PERIN.	101	— Entretiens dermatologiques, par R. SABOURAUD.	741
Généralités et livres. — Alibert (J.-L.), par BRODIER.	123	— Traité technique d'hematologie, par JOLLY.	741
— Encyclopédie française d'Urologie, par POUSSON et DESNOS.	124	— La syphilis arabe, par LACAPÈRE.	740
— Dermatologie, par DARIER, CIVATTE, MALLEIN, FERRAND, BOISSEAU, DU CASTEL, TZANCK, CLÉMENT SIMON, ROSTAINE, PAUTRIER.	188	Granulome annulaire. Du granulome annulaire, par DAVID CHAUSSÉ.	190
— Echanges nutritifs et peau, par PULAY.	188	Granulome pédiculé. Sur le granulome pédiculé, par FALDENSTEIN.	361
— Le traitement des maladies cutanées et génitales avec un court diagnostic, par HOFFMANN.	189	H	
— Essai sur l'emploi de l'hyposulfite de soude en dermatologie, par MISSIRLIU.	190	Hémi-hypoplasie faciale. Un cas d'hémi-hypoplasie de la face et de la langue, par SAUERBACH.	361
— Thérapeutique des maladies cutanées et vénériennes, par STRANZ.	190	Herpès. Etat actuel de nos connaissances sur l'étiologie de l'herpès fébrile et génital, par FONTANA.	362
— Manuel d'urologie, y compris les maladies sexuelles de l'homme, par CASPER.	192	— L'inoculabilité de l'herpès. Présence du virus kératogène dans les lésions, par TEISSIER, GASTINEL et REILLY.	363
— Les étapes de la syphilimétrie, de 1919 à 1922, par VERNES.	192	Hidrocystome. Un cas d'hydrocystome, par KENEDY et LEHNER.	364
— La ponction lombaire. Anatomie, physiologie, technique		Histologie cutanée. Sur les modifications du tissu élasti-	

- que et du tissu collagène, par CAROL 364
- Sur une maladie rare de la peau avec accumulation de mucine, par TRYS 365
- Des inflammations cutanées d'aspect réticulé ou ramifié, par LEHNER et KENNEDY 365
- Hyperkératose folliculaire.** Sur un cas d'hyperkératose folliculaire et parafolliculaire pénétrant dans le derme (Kyrle), par FRIED 365
- I**
- Ichtyose.** Ichtyose et langue noire, par C. LAURENTIER 35
- Impetigo contagiosa.** De « l'impetigo contagiosa », étude bactériologique et expérimentale, par CAZENAVE 189
- K**
- Kératodermie maculeuse.** Sur la kératodermie maculeuse disséminée symétrique palmaire et plantaire, par CALOMON 366
- Kystes épidermiques.** Etude sur l'hérédité des dermatoses ; l'athérome. Note sur l'étude clinique des kystes épidermiques et folliculaires, par SIEMENS 366
- L**
- Lèpre.** Altérations radiologiques des mains et des pieds dans un cas de lèpre mutilante, avec lésions aïnhumiformes, par DELAMARE et BASSAN-CHUKRI 366
- L'antimoine dans le traitement de la lèpre, par VERSARI 367
- Traitement de la lèpre tubéreuse par la neige carbonique, par PALDROCK 367
- Leucémides.** Sur les manifestations cutanées dans les maladies du système myéloïde, par ZURHELLE 367
- Leucémie myéloïde de la peau, par KEBRON et GAY 368
- Prurigo dans la lymphadénie aleucémique, par KREIDICH 368
- Leucémie psoriasiforme aleucémique et chrysarobine, par C. LAURENTIER 347
- Lichen.** Contribution à l'étude du lichen nitidus, par LINGALE 369
- Le lichen de Wilson de la bouche et des organes génitaux, par THIBERGE 368
- Sur la question du lichen ruber moniliforme, par STERNBERG 369
- Des formes anormales de lichénification, par BIZZOZERO 331
- Livedo.** Sur une rare anomalie congénitale de la peau (livedo telangiectasique congénitale), par van LOHINZEN 370
- Sur l'étiologie et la pathologie du livedo racemosa, par POLAK 370
- Lupus érythémateux.** Sur le lupus érythémateux aigu d'emblée, par VAN DER WALK 370
- Sur le lupus érythémateux, par EHLMANN et FALKENSTEIN 371
- Lupus érythémateux avec efflorescences de tuberculides, par NATHAN et HAAS 371
- Lupus pernio.** Le lupus pernio et les sarcoides au point de vue étiologique, par SCHAU-MANN 371
- Du lupus pernio, par DUBREUILH et JOULIA 689
- Lupus tuberculeux.** Sur le lupus miliaire disséminé (Tilbury Fox) et ses rapports avec d'autres dermatoses voisines, par KUMER 372
- Lymphangiome.** Histogénèse du lymphangiome circonscrit de la peau, par BAUNAUER 372
- Lymphoadénopathie inguinale.** Sur 20 cas de lymphoadénopathie inguino-crurale épidémique, par SALA 101
- Lymphogranulomatose.** Lymphogranulomatose des ganglions inguinaux (ulcère vénérien adénogène). Ses rapports avec le babon climatique, par PHYLACLOS 191
- M**
- Mélanine cutanée.** Genèse de la mélanine par les benzo-pyrols, par QUATTRINI 372
- Molluscum contagiosum.** Un cas exceptionnel de molluscum contagieux géant solitaire au cuir chevelu d'un nourrisson, par MATTRINI 373

— Recherche sur le molluscum contagiosum de BATEMAN.	374	forme de mycosis fongolde, par KLARE	378
Mycoses cutanées. Sur la présence d'anticorps dans le sérum sanguin d'hommes atteints de trichophytie, par F. BLUMENTHAL et ASTA VON HAUPT.	37	— Histopathologie du mycosis fongolde, par SPRENGEL	378
— Traitement des affections vulgaires et parasitaires de la barbe par les injections endoveineuses de solution iodo-iodurée, par RONCHESI.	37	— Un cas de mycosis fongolde à sa période prémycosique, observation clinique et recherches expérimentales, par G. DE STEFANO	563
— La question des intertrigomycoses, par W. DUBREUILLE.	65	Myomes. Les myomes cutanés, par L. SPILLMANN et P. MICHON.	193
— Sur la blastomycose de la peau, par HERXHEIMER et BURKMANN	374	N	
— Etude sur le Hodipotsy, dermatomycose malgache, par FONTOTNOT et CAROUGEAU.	374	Neurofibromatose. Sur la maladie de Recklinghausen, par LANGER et GUMPERT.	379
— Contribution à l'étude des mycoses malgaches, abcès sous-dermiques dus à l'« endomycos molardi », par SALVAT et FONTOTNOT	375	Névromes. Un cas remarquable de névrome plexiforme, par CHOUZON, BOUTTIER et MATHIEU.	37
— Hyphomycetes pathogènes de la région de Giessen, par ENGELHARDT	375	Nodosités sous cutanées. Un cas d'inclusion calcaire de la peau, par W. POSSELOW	38
— Etudes expérimentales et histologiques sur la sporotrichose cutanée chez le rat, par JESSNER	375	— Nodosités juxta-articulaires de Lutz-Jeanselme, par F. I. DA SILVA	38
— Abcès sous-dermiques et gommomes ulcérées produits par le « sporotrichum Carougeau », par FONTOTNOT et CAROUGEAU.	376	Nævus. De la distribution radulaire du nævus et du vitiligo, par KLIPPEL et M. P. WEIL.	38
— Nouvelles recherches sur la clinique et le traitement de la microsporidie d'Audoine, par ARZT et FURS.	376	— Nævi symétriques de la face (adenoma sebaceum) type Pringle, par MIRELLI	39
— Sur l'origine des exanthèmes généraux dans la microsporidie, par ARZT et FURS.	377	— Le nævus sébacé systématisé, par J. MAGN.	40
— Sur les maladies rares des ongles : onychia par trichophyton endothrix violaceum, par HELLER	377	— Coexistence d'un nævus méningé avec l'adénome sébacé de la face, par GREIG	40
— Trichophytie grave des ongles et superficielle des mains et des pieds : trichophytie consécutive à l'inoculation du trichophyton, par SEEMANN et RAYKA.	377	— Sur une variété décrite de nævus (nævus conjonctif en forme de pierre à paver), par LIPSCHÜTZ	40
Mycosis fongolde. Mycosis fongolde ? Ou dermatose d'autre origine ? par SRUM-PHE.	378	— Sur la question du nævus (histologie d'un nævus mou géant), par FISCHER	40
— Sarcome de la peau sous		— Le traitement du nævi pileux, par CH. DU BOIS.	41
		— Le traitement des nævi pileux, par CH. DU BOIS.	379
		— Sur l'altération préarcinomatense des nævi pigmentaires, par KAUFFMANN-WOLF	378
		— Nævus pigmentaire étendu considéré comme caractère héréditaire dominant, par HOLLANDER	379
		— Sur les tumeurs næviques sans pigment (amélanosarkome), par DULMAN.	379
		— Nævo-carcinome et épithélioma corné, par L. CHATELLIER.	525

- Pseudo-lymphome cervical de nature névo-carcinomateuse chez un nourrisson, par L. CHATELLIER 353

O

- Ongles.** Anomalies congénitales des ongles. Quatre cas d'hypertrophie héréditaire du lit unguéal chez des sujets nés avec des dents, par MURRAY 41
- Onychatrophie familiale congénitale, par PINÈS DE LIMA 266
- Ovaires.** Concrétions calcaires et insuffisance thyro-ovarienne, par WEIL et WEISSMANN, 724

P

- Paraffinomes.** Production expérimentale de paraffinomes chez le singe, par WEIDMAN et JEFFERIES 380
- Paraffinomes ou pseudotumeurs fibro-conjonctives consécutives aux injections d'huiles minérales, par E. PAILLET 385
- Parakétose.** Parakétose à lésions très restreintes, par LOMBARDO 41
- Parakératose et leucocytose, par NISHIURA 380
- Sur l'hérédité des dermatoses : Parakératose de Mibelli, par FIELDER 380
- Pelade.** Sur l'étiologie et la symptomatologie de la pelade, par SPITZER 42
- Le syndrome endocrinosympathique de la pelade, par LEVY-FRANCKEL et JUSTER 42
- Diagnostic différentiel de la pelade et des teignes tondantes, par SABOURAUD 43
- Pemphigus.** Recherches bactériologiques dans le pemphigus chronique, par VALLISNIERI 43
- Pemphigus traumatique tardif non héréditaire, par L. CHATELLIER 168
- Pemphigus traumatique congénital héréditaire avec lésions des parotides, par A. LYON 163
- Pemphigus foliacé.** Pemphigus foliacé et traumatisme, par ROCKOLT 380

- Pigmentation.** Pigmentation thoraco-abdominale unilatérale avec troubles sympathiques associés, par GUTMANN et DALSACE 43
- Mélanose généralisée consécutive au traitement d'un pemphigus par la quinine, par FUNCK 381
- Etat actuel de la question du pigment, par BLOCH 381
- Pityriasis rubra.** Altérations des muqueuses dans un cas de pityriasis rubra-pilaire, par JORDAN 382
- Pityriasis versicolor.** Etude histopathologique du pityriasis versicolor, par MENIERI 44
- Sur l'action de la lumière et la leucodermie dans le pityriasis versicolor, par WERTHEIM 381
- Poikilodermie.** Poikilodermie atrophiant vasculaire de Jacobi, par CAPELLI 44
- Poils.** Recherches sur la croissance des poils chez l'homme, par BULLIARD 45
- Ponction lombaire.** Les ponctions lombaires sont constamment suivies d'une crise hémoleucocytaire, par ORRIGIO, TOMESCO et ROMAN 382
- Poradéno-Lymphite.** Etude sur la « poradéno-lymphite », ou (poradéno-lymphite purpurée bénigne à forme septicémique) ou (lymphogranulomatose inguinale subaiguë de Nicolas et Favre), par P. RAVAUT, BOULIN et RABEAU 463
- Prurit.** Les points prurigineux, par TOOMCY 45
- Le traitement des prurits par la radiothérapie radriculaire, par BIZARD et MEYER 46
- Contribution à l'étude du prurit, par P. JOURDANET 297
- Psoriasis.** Note sur le traitement du psoriasis par les injections intraveineuses de salicylate de soude, par BRAVA 383
- La radiothérapie du thymus et la peau des psoriasiques, par GAWALOSKY 383
- La Röntgen et Curithérapie du psoriasis, par GUARINI 383
- Traitement du psoriasis par

les injections de lait, par FOX	384		
— Psoriasis avec leucodermie psoriasique en plaques étendues chez un nourrisson, par HOFFMANN et STREMPER	384		
— Analogies dans les modifications sanguines entre le psoriasis et la pelade en dehors de la syphilis, par SICOLI	139		
Psorospermose. Etude clinique et histologique sur la psorospermose, par MURENO	46		
Purpura annulaire. Un cas de Purpura annularis teleangiectodes de Majocchi, par MARTINO	46		
R			
Rhinophyma. Traitement du rhinophyma, par SAGRÉ	46		
S			
Sarcoïde. Sur l'étiologie du sarcoïde de Boeck, par RUETE	384		
Sarcomatose Sarcomatose généralisée primitive de la peau, par CROSTI	434		
— Sur la question du sarcome idiopathique multiple de Kaposi, par GRINTSCHAR	434		
— Sur deux cas de sarcomatose cutanée, par J. NICOLAS, J. GATÉ, R. GAILLARD et P. RAVAUULT	129		
Sclérodermie. Sclérodermie consécutive au traumatisme d'un nerf, par KINGERY	47		
— Morphée avec hémiatrophie de la face, par OSBORNE	47		
— Pathogénie et thérapie de la sclérodermie, par RAMAZZOTTI	434		
Sensibilisation cutanée. Recherches sur la sensibilisation de la peau humaine aux sérums animaux, par BIBERTIN et OSCHINSKY	435		
Spinulosisme. Spinulosisme avec rétention pileaire, par GALEWSKY	47		
Syringo-cystadénome. Syringo-cystadénome, par BERNHARDT	436		
Syringome. Sur le syringome, par GANS	47		
Syringomyélie. Syringomyélie à forme de maladie de Morvan traitée par la radiothérapie. Bon résultat, par BONNET	48		
		T	
		Tabès. A propos de la pathogénie des crises douloureuses du tabès, par DUJARDIN et C. DUPREZ	11
		— Les crises fulgurantes du tabès et le paludisme, par SAAD	597
		Tache mongolique La tache mongolique chez les européens, par BAHRAWY	48
		Tatouage. Une complication non habituelle consécutive au tatouage par MALLAM	49
		Thérapeutique cutanée. Sur l'action endocrinienne et l'utilisation pratique de Thallium, par BUSCHKE et PRINGS	49
		— Le permanganate de potasse comme agent curateur de certaines dermatoses, par FELDMAN et OCHS	49
		— Quelques recherches sur l'utilisation thérapeutique de l'hyposulfite de soude dans les œdèmes aigus circonscrits de Quincke, l'épilepsie et la chorée, par MATHIEU	50
		— Du traitement de la séborrhée par le sulfure de carbone soufré, par SABOURAUD	50
		— Note sur les autovaccins par le traitement de quelques dermatoses, par PORCELLI	51
		— La sympathectomie périaortale dans le traitement des névroses vasomotrices et trophiques, par BRUNING et FOSTER	51
		— L'essence de térébenthine employée par voie parentérique dans la pratique dermatovénéréologique, par MAZZINI	530
		— Les injections intramusculaires de térébenthine dans le traitement des dermatoses, par LEVIN et ROSE	530
		— Sur le citrobismuthate de sodium, par GANASSINI	531
		— L'emploi de la tuberculine en dermatologie, par JEANHELME et BURNIER	449
		Tuberculose. Valeur antigène de bacilles tuberculeux et paratuberculeux, par URBAIN	51
		— Réaction de fixation dans la tuberculose au moyen de l'antigène de Besredka, par GOLDBERG	52
		Tuberculose cutanée. Sur la	

génése des cellules géantes tuberculeuses, par KREIMICH	531	— Sur l'origine des grains lipoi- des cellulaires, par KAKIMICH	56
— Les manifestations cutanées de la tuberculose. Tubercu- lose et tuberculides, par LES- PINNE	531	— Les excroissances multiples, bénignes, analogues à des tumeurs de Schweninger et Buzzi	533
— La réaction intradermique pratiquée avec l'urine du pa- tient (Wildbolz) dans la tu- berculose cutanée et d'autres dermatoses, par FRÉG.	531		
— L'éosinophilie au cours du traitement des tuberculoses cutanées par la tuberculine, par BERNHARDT	531		
— Sur la chelonine dans le trai- tement de la tuberculose de la peau, par HUBSCHMANN	532		
— Nouvelle méthode de traite- ment spécifique de tubercu- loses cutanées et muqueuses, par WICHMANN	533		
Tuberculose de la vulve. Ul- cération tuberculeuse primi- tive de la vulve et de la ves- sie, par GRAYAGNA	101		
Tumeurs malignes cutanées. Carcinome développé dans un kyste dermoïde de la peau, par SCHENOF	52		
— Kyste folliculaire et épithé- lioma spino-cellulaire, par FRED	52		
— Sur l'épithélioma baso-cellu- laire multiple de la peau du dos, par DE BUMAN	52		
— Epithélioma cutané bénin chez une petite fille de 13 ans, par MARTINOTTI	53		
— Epithéliomas de la face et leur traitement par le radium, par MORROW et TAUSSIG	53		
— Epithéliomas multiples de la peau : « maladie précancé- reuse de Bowen », par SEQUEIRA	53		
— Dermatose précancéreuse de Bowen, par MARTINOTTI	54		
— Epithélioma adénoïde cysti- que associé à un hématan- giome par BACHER	55		
— Sur le cylindrome et l'épithé- lioma adénoïde cystique, par WATANABE	55		
— Un cas de cylindrome cutané, par MAJOCCHI	55		
— Sarcome multiple idiopathi- que hémorragique de Ka- posi, par BRANN et SCOFFER	55		
		U	
		Ulcère phagédénique. Notes sur l'épidémie récente d'ulcère phagédénique en Palestine, par APOSTOLIDES	534
		— Recherches sur la clinique et la bactériologie de l'ulcère pha- gédénique, par FISCH et KINS- CHNER	534
		— Sur le traitement des ulcères phagédéniques des pays chauds, par GENNER	733
		Ulcère vénérien. Phagédé- nisme chronique serpigneux de l'aîne (ulcère serpigneux vénérien), par RAYNAUD, MONT- PELLIER et LACROIX	186
		Urèthre. Parauréthrite et folli- culite non blennorrhagique, par WAELSCH	739
		Uréthrite herpétique. Herpès urétral et uréthrite herpé- tique, par NICOLAS et GATÉ	186
		Urticaire. Succession de crises d'urticaire, d'asthme et de grande anaphylaxie chez un jeune homme sensibilisé à l'ovalbumine, par PAGNIEZ, PASTEUR-VALLÉRY-RADOT et HA- GURNAU	56
		— Urticaire provoqué par le vent et le froid chez un hérédó- syphilitique, par WAGNER	56
		— Urticaire papulo-pigmentaire perstans, par MORINI	535
		V	
		Végétations. Sur la radiothé- rapie des végétations, par SCHENOF	186
		Vergetures. Vergetures en cas de dysenterie grave. Sur la pathogénie des vergetures, par BRÜNAUER	535
		— Vergetures linéaires symétri- ques du dos chez un tubercu- leux, par O. ELIASCHEFF	355
		Vitiligo. Etiologie et pathogé- nie du vitiligo, par LINDBERG	253
		Vulve. Epithélioma de la vulve chez une jeune femme de 23 ans, par MARCOZZI	187

- Etat ponctué de la muqueuse vulvaire (maladie de Fordyce vulvaire), par BARTHÉLEMY . . . 739
- Sur la question du prurit vulvaire, par WERNER . . . 739

X

- Xanthomatose expérimentale.** Sur la xanthomatose expérimentale, par ISHIMARU. 536

- Xanthome (Pseudo —).** Sur le pseudo-xanthome élastique, par KAUFFMANN-WOLF et A. HEINRICHS-DORFF . . . 382

Z

- Zona.** Sédation de la douleur du zona par l'application de paraffine, par HOWARD FOX. . . 536

SYPHILIS

I. — ÉTUDE CLINIQUE

- Articulations.** Arthropathie névropathique; arthropathie vertébrale de Charcot, par RIDLON et BERKEISER . . . 243

- Chancres.** A propos de 227 cas de chancres extra-génitaux observés, par WHITE, VAN-HAECKE et DUJARDIN. . . 243

- Le chancre syphilitique du cuir chevelu, par DRAELLE. . . 607

- Estomac.** Syphilis gastrique, par PINARD . . . 243

- Syphilis gastrique ulcéreuse avec splénomégalie, par DANIEL. . . 244

- Pseudo-cancer de l'estomac d'origine syphilitique, par DAUMIER. . . 244

- Foie.** La syphilis tertiaire du foie à forme hypertrophique fébrile, par GILBERT, CHIRAY et ALFRED COURY. . . 57

- Hépatite syphilitique fébrile, par DUMONT. . . 57

- La syphilis facteur étiologique constant de l'atrophie aiguë du foie, par MAYER. . . 57

- Ictère dans la syphilis, par FOUS et WELTMANN. . . 58

- Sur la phlébite syphilitique du foie, par HART. . . 58

- Sur l'ictère chez les syphilitiques, par GUTMANN. . . 244

- L'anatomie pathologique de la syphilis du foie, par GAUBER. . . 244

- Contribution à l'étude des ictères survenant au cours de l'évolution et du traitement de la syphilis, par CHÉVÉ et BERNARD. . . 312

- Ictères tardifs au cours du traitement des syphilitiques par le bismuth, par J. MAY. . . 89

- Ganglions.** Adénopathie épitrochléenne dans la syphilis, par RULISON. . . 58

- Adénite syphilitique infraclaviculaire, par ELZE. . . 59

- Diagnostic de la syphilis et ponction ganglionnaire, par DROOP. . . 59

- Extension de l'infection syphilitique par voie lymphatique pendant la période séronégative du stade primaire, par EICKE et SCHWABE. . . 59

- Examen ultra-microscopique du matériel obtenu par la ponction des glandes lymphatiques pour le diagnostic de la syphilis, par QUATTINI. . . 60

- Généralités.** Histoire de la syphilis à Revel, par SPINDLER. . . 60

- Nouvelles idées sur la syphilis, par NONOHAY. . . 60

- Lésions et causes de la mort chez les sujets atteints de la syphilis acquise, par LAURITZ. . . 60

- Sur le diagnostic de la syphilis. Importance de l'enquête familiale, par LEREDDE. . . 61

- Existe-t-il des maladies par génération spontanée. Syphilis et maladies familiales, par LEREDDE. . . 61

- La syphilis contractée à l'occasion du travail en face de la loi sur les accidents, par MIBELLI. . . 62

- Prophylaxie et prostitution, par CARLE. . . 62

- Douleur syphilitique du dos, par KLAUDER. . . 63

- Syphilis et grossesse, par LÖESER. . . 63

- La pathogénie de la syphilis maligne, par UMANSKY. . . 64

— Syphilis réfractaire et antisyp- hilitique, par FELKE	104	myosite syphilitique, par Lœ- DERICH et TASSIN	107
— La valeur du facteur non spé- cifique de guérison en syphi- lothérapie, par KYRLE	105	Nodosités juxta-articulaires. Les nodosités juxta-articu- laires syphilitiques, par LANGE et ARGAUD	247
— Syphilis endogènes et crypto- génétiques. Leur fréquence, par AUDRY	245	Ceil. L'iritis syphilitique, par ZIMMERMAN	108
— Remarques cliniques à propos de quelques cas de syphilis fébrile, par FAYRE et CONTA- MIN	246	— Syphilis de l'œil, par KRAUPA	108
— Syphilis et mariage : Etude clinique, par STRAUDBERG	246	— Fréquence du cercle cornéen dans la syphilis acquise ou héréditaire, par PINARD et DEGLAIRE	108
— Rapports entre le diabète et la syphilis, par TOUFLET	250	Oreille. Pathologie et traitement de la labyrinthite syphiliti- que congénitale, par SCHLIT- TER	108
— Etudes sur la méningite sy- philitique récente, par SCHON	250	Organes génitaux. Urétrite sy- philitique érythémateuse et papulo-érosive de la période secondaire, par DE BELLA	109
— La syphilis acquise sans chan- cre, par BERNADET	250	— Syphilis de l'épididyme sans participation du testicule, par FRASER	109
— Ultramicroscopie clinique et diagnostic précoce de la sy- philis, par FANTL	608	— Induration plastique du corps caverneux, par CEALIC	109
— Trois exemples de lésions « historiques » de la vérole et de son traitement, par C. LENORMANT	1	— Gomme de l'ovaire avec spi- rochètes, par HUDINTI, PAL et BELA	109
— La syphilis sur la table d'au- topsie, par H. MIERZECKI	14	Os. Lésions spécifiques des os crâniens, par CAPPELLI	110
— L'avènement des doctrines syphiligraphiques modernes L'œuvre de Joseph Rollet, par G. THIBERGE	609	— Ostéite syphilitique nécro- sante de la voûte du crâne, par MERKLEN et DESCLAUX	110
Glandes endocrines. Syphilis et glandes endocrines, par NONOYAT	60	— Sur l'ostéite fibreuse et ses rapports avec la syphilis, par REICHENBACHER	110
Glandes salivaires. Syphilis des glandes salivaires, par KEMP et MOORE	106	— Spondylite syphilitique, par JESSNER, MAX et WEIL	111
Histologie. Rôle biologique et clinique des lymphocytes dans la syphilis, par BERGEL	105	— Un cas d'ostéo-arthropathie vertébrale tabétique, par FUNSTEN	111
— Présence de fibrine dans les lésions syphilitiques, par AS- BACH	105	— La radiologie dans le diagnos- tic de la syphilis osseuse, par PASINI et VIGANO	111
— Caractères différentiels entre le tissu de granulation tu- berculeux et syphilitique dans les lésions nécrotiques, par ELIZALDE	106	Peau et tissu cellulaire. Sur la question de la syphilide pigmentaire, par EHLMANN et NORTHEIM	247
— Sur la participation du tissu conjonctif réticulé à la struc- ture des altérations syphili- tiques, par ZUHNELLE	106	— Quelques formes peu commu- nes de manifestations cuta- nées de la syphilis, par MAN- TINOTTI	62
Muscles. Myosite syphilitique secondaire et gommès syphi- litiques, par LEMIERRE et WEISSBACH	107	— La syphilis secondaire chez les indigènes de l'Afrique du Nord. Accidents cutanés mu- queux et généraux, par LACA- PÈRE	62
— Sur une forme symétrique de		— Des accidents syphilitiques	

secondaires précoces et de leurs dangers : plaques muqueuses préérosoliques, par GOUGEROT	63	Sein. Mastite syphilitique diffuse, par TAYLOR	305
— Erythème noueux syphilitique avec spirocètes, par FISCHL	121	Système nerveux. Paralyisie faciale périphérique au début de la syphilis, par LEHNER et VADJA	116
— Syphilomes sous-cutanés fibreux chroniques, par GOODMAN	121	— Cysticercose cérébrale, par SANTA CECILIA	116
— Allergie cutanée dans la syphilis, par KOLMER et GREENBAUM	246	— Syphilis cérébro-méningée, par FLORAND et NICAUD	116
— Syphilomes sous-cutanés fibreux, par GOODMAN	248	— Influence d'une ponction sur les réflexes tendineux et cutanés dans un cas de paraplégie syphilitique subaiguë, par GUILLAIN	116
Péritoine. Pleuro-péritonite subaiguë de la syphilis tertiaire, par CHIRAY et JANET	111	— Quelques cas de syphilis nerveuse rapidement améliorés par les composés arsenicaux en injections sous-cutanées, par TIXIER et DUVAL	117
Pigmentations. L'action de la lumière solaire sur une éruption syphilitique, par RASCH	112	— Absence de corrélation entre les syndromes méningés et les modifications cyto-chimiques du liquide céphalo-rachidien, par de MASSARY	117
— Contribution clinique statistique sur le leucoderme syphilitique dans le Frioul, par MURERO	112	— Traitement de l'épilepsie essentielle par les injections intraveineuses d'arsenobenzène, par PAGE	118
— Leucomélanodermie syphilitique chez une femme enceinte tuberculeuse, par CROUZON et de BRUN	112	— Recherches cliniques sur le nerf acoustique dans la syphilis récente, par HENZEN	306
— Syphilide pigmentaire primitive à larges plaques à localisation peu commune, par GRAVAGNA	113	— Syringomyélie sur syphilis, par SKLARZ	306
— Hypo et hyperchromies syphiloïdes post-lésionnelles du cou, par GOUGEROT	113	— La paralysie générale des arabes, par MARIE	306
— Les hyperchromies syphiloïdes du cou, par GOUGEROT	113	— Complications du côté du système nerveux dans la syphilis récente et le liquide céphalo-rachidien, par LEYBERG et STARZYNSKI	571
— La syphilide pigmentaire (à propos de M. Gougerot), par MILIAN	113	Typhus. Contribution à l'étude de l'influence du typhus exanthématique sur le cours de la syphilis, par P. VAIGUSKA	93
— Le vitiligo est consécutif à une syphilide érythémateuse fruste, par MILIAN	114	Trachée. Sur la syphilis de la trachée-artère, par LAFREZE	307
Réinfection. Chancres syphilitiques de réinfection après traitement mercuriel. Réinfection et syphilis expérimentale, par OPRANIDIS	114	Tube digestif. L'augmentation de volume de la lèvre inférieure due à la syphilis, par MONTGOMERY et CULVER	118
— Trois cas de réinfection syphilitique, par MINASSIAN	114	— Lésions syphilitiques et syphiloïdes de la bouche, par ZINSSER	118
— De la réinfection syphilitique, par PICCARDI	115	— Contribution à l'étude des rapports entre la syphilis et le cancer des voies respiratoires et digestives supérieures, par LAMBERT	119
— Cas certain de réinfection syphilitique, par TOMMASI	115		
— Réinfection ou superinfection, par BERNARD	305		
— Trois cas de réinfection syphilitique, par BOGDANOW	305		
Sang. Syphilis et anémie pernicleuse, par VON WINTERFELD	305		

— Syphilome gastrohépatique, par FLORAND et GIRAULT . . .	119
— La coexistence d'un ulcère de l'estomac et du tabès, par CROHN . . .	119
— Anacidité dans l'ulcère syphilitique de l'estomac, par GLASSER . . .	120
— Contribution à l'étude du syphilome ano-rectal de Fournier, par PICCARDI et ALESIO . . .	120
— Particularités de l'image radioscopique dans un cas de syphilis de l'estomac, par LEMIERRE, GAUTIER et RAULOT-LAPOINTE . . .	120
— Sarcoides et syphilis, par STILIANS . . .	121
Vessie. Un cas de syphilis vésicale, par BÖCKEL . . .	121
Voies respiratoires. Diagnostic différentiel de la syphilis du nez et de la région nasale, par FUIS . . .	122
— Syphilis de la trachée et des bronches, par STIMSON . . .	122
— Cancer primitif du poumon et syphilis. Considérations anatomo-pathologiques, par MARTIN et COLRAT . . .	122

II. — SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Syphilis héréditaire. Les manifestations osseuses précoces de la syphilis congénitale, par SCHNEIDER . . .	102
— La syphilis indirecte, endocrinides syphilitiques, sur-syphilis, par AUDRY . . .	102
— Péritonite exsudative chronique par syphilis héréditaire, par ACRINE et CASABON . . .	103
— Troubles cardio-vasculaires dans la syphilis congénitale et dans la syphilis germinative, par HAHN . . .	103
— Etude de 443 cas de syphilis héréditaire et considérations spéciales sur les résultats du traitement, par WHITE et VREDER . . .	103
— L'hydrocèle du nourrisson, rapports de certaines formes avec la syphilis héréditaire, par P. VALLERY-RADOT et SALES . . .	307
— Ecartement des incisives médianes supérieures (signe de Gaucher) comme stigmate de	

syphilis héréditaire, par STAN-CANELLI . . .	307
— La syphilis héréditaire tardive de l'adulte, par CH. DU BOIS . . .	308
— Syphilis héréditaire. Métorragies, par DACHÉ . . .	308
— La syphilis de l'enfance et les médecins d'enfants, par LEREDDE . . .	308
— Essai sur le diagnostic de la syphilis héréditaire, par LEREDDE . . .	309
— Géméllarité et syphilis, par MERKLEN, DEVAUX, DESMOUTIÈRE et PARÈS . . .	309
— Bismuthothérapie dans la syphilis héréditaire, par CAJAL et SPIERER . . .	310
— Contribution à l'étude des réactions ganglionnaires au cours de l'héredo-syphilis tardive, par BERNHEIM . . .	605
— Contribution à l'étude des dystrophies dentaires dans l'héredo-syphilis, par MOZER . . .	605
— Sur la participation inégale des jumeaux dans la syphilis congénitale, par O. HASLUND . . .	321

III. — ÉTUDE BIOLOGIQUE

Généralités. Procédé simple pour la recherche du Tréponème pâle, par LENARTOWICZ . . .	439
— La relation entre la stabilité de suspension du sang et le poids du corps durant le traitement antisiphilitique, par HEDEN . . .	311
— L'injection de salvarsan peut-elle faire apparaître une R. W. + chez des non syphilitiques, par BOAS et KISSMEYER . . .	439
— La viscosité du sang et la pression artérielle dans la syphilis, par MEINERT . . .	439
Liquide céphalo-rachidien. Sur les altérations du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis, par MUCHA et SATKE . . .	439
— Cellule pour la numération des éléments figurés du liquide céphalo-rachidien, par RENAUD . . .	440
Syphilis expérimentale. Sur la kératite syphilitique expérimentale, par JOERSHEIMER-GRAEFE . . .	447
— Comment au cours de la sy-	

- phillis expérimentale, le traumatisme influe-t-il sur l'explosion de la maladie, par KIJOSHI YOKOTA 447
- Sur la superinfection dans la syphilis du lapin, par AKATSU et YOKOTA 448
- Action thérapeutique de l'acide oxyaminophenylarsinique (189) dans la spirillose des poules et la syphilis expérimentale du lapin, par LEVADITI, NAVARRO MARTIN 448
- L'index de perméabilité méningée en psychiatrie, par ALEXANDER et DUJARDIN 442
- IV. — SÉRO-RÉACTION DE LA SYPHILIS**
- Généralités.** L'épreuve de l'hémoclasie digestive dans la syphilis récente, par GALLIOT et GERBAY 104
- Evolution de la syphilis et réaction de Jarisch-Herxheimer, par OPPENHEIM 312
- Réaction de Bruck.** La réaction de Bruck pour le sérodiagnostic de la syphilis, par SCHUBERT 443
- Réaction de Gaté-Papacostas.**
I. Concordance relative et déficiente de la réaction de Gaté et Papacostas avec la réaction de Wassermann; sa non-spécificité vis-à-vis des sérums syphilitiques. — II. Influence de la concentration des sérums sur leur formolgelification et sur leur pouvoir formolgelifiant. Influence de la température sur leur formolgelification. — III. Influence de la dilution sur le pouvoir formolgelifiant des sérums, par BESSEMAN. — IV. La formolgelification chez quelques sérums d'animaux, par BESSEMAN et LEYVEN 444
- La formolgelification du sérum dans diverses maladies, par GATÉ et PAPACOSTAS 445
- Réaction de Guillain-Laroche.** Etude bioclinique de la réaction du benjoin colloïdal dans 105 cas d'affections neurologiques, par P. MARIE, BOUTTIER et IORGIOULESCO 445
- La nouvelle réaction au benjoin colloïdal comparée à la réaction à l'or, par EICKE et COHN 445
- Sur la réaction du benjoin colloïdal avec le sérum sanguin, par GUILLAIN, LAROCHE et KUDELSKI 446
- Sur la réaction du benjoin colloïdal dans le sérum, par TARGOWLA 446
- La réaction du benjoin colloïdal dans le sang, par ARNAUD 446
- Réaction de Meinicke.** La réaction de Meinicke, par STAROBINSKY et WEYL 519
- Réaction de l'or colloïdal.** Sur la réaction à l'or dans les liquides céphalorachidiens des syphilitiques, par LOHMANN 446
- Réaction de Sachs-Georgi.** Comparaison du Wassermann et de la réaction de Sachs-Georgi, par FEINBLATT 443
- Le titrage de l'antigène de Sachs-Georgi par une méthode physico-chimique, suivie de quelques conclusions théoriques, par KUBELICK 444
- La réaction de Sachs-Georgi, par STAROBINSKY et WEYL 150
- La réaction de Wassermann.** Généralités. Technique, par MARIOTTI 249
- La réaction de Wassermann locale dans le diagnostic précoce de la syphilis primaire, par STERN et RYFINS 440
- Un cas de syphilis active avec R.-W. positive 62 ans après l'infection, par BOAS 440
- La réaction de B.-W. Σ dans les affections tropicales, par BRODEN 440
- La réaction de Wassermann modifiée par Kolmer, par KILDUFFE 441
- Sur une simplification du procédé dit « rapide » pour le sérodiagnostic de la syphilis, par MUTERMILCH et LATAPIE 441
- Les réactions de Wassermann et de flocculation, par UNQUHART 441
- Valeur comparée des réactions de Sachs-Georgi et de Wassermann dans le diagnostic

de la syphilis, par CRAIG et WILLIAMS.	442	— Sur l'administration endocrichidienne du salvarsan dans la syphilis secondaire. Sur le méningisme, par SCHNEIDER.	318
— La réaction locale de Bordet-Wassermann sur la sérosité des chancres au point de vue de la clinique, par J. MAY.	513	— Sur nos décès pendant et après le traitement par le salvarsan, par FRITZ.	318
V. — ÉTUDE THÉRAPEUTIQUE		— Le salvarsan comme facteur social hygiénique, par JERSILD.	318
Généralités. Sur un exanthème salvarsanique récidivant spontanément, par HARRY.	437	— Premiers résultats du traitement de la syphilis par l'acide oxyaminophenylarsinique (sel de soude) ou 189, par FOURNIER GUÉNOT et SCHWARTZ.	319
— Ce que doit être le traitement actuel de la syphilis, par ONIPHANIDES.	251	— Syphilis et salvarsan dans leurs rapports étiologiques avec la bilirubinémie et l'ictère, par KLÖPFEL.	319
— Opportunité d'expérimenter la protéinothérapie spécifique contre certaines manifestations de la syphilis, par BARRILE.	312	— Exanthèmes salvarsaniques et lichen ruber, par RIECKE.	320
— Traitement abortif de la syphilis, par BOAS.	312	— Erythrodermie exfoliante généralisée très grave après 5 injections d'éparseno, par CH. DU BOIS.	320
— Traitement abortif de la syphilis, par MÜLLERN-ASPEGREN.	313	— Les injections intraveineuses mixtes dans le traitement de la syphilis, par NARDELLI.	314
— Guido Baccelli est-il créateur de l'administration intraveineuse des médicaments, en particulier dans la syphilis, par SCHENFELD.	311	— Traitement de la syphilis par le Néosalvarsan sublimé, par MORINI.	314
— Réflexions d'un praticien, à propos du traitement de la syphilis, par BROCC.	310	Traitement par le bismuth. Le bismuth dans le traitement de la syphilis, par WALLON.	251
— Pathogénie de la dermatite salvarsanique et recherche de l'arsenic dans la peau après le traitement par le salvarsan, par SILBERSTEIN.	437	— Etude de l'action thérapeutique du bismuth sur la syphilis, par SAZERAC et LEVADITI.	315
— Les facteurs de la dermite postarsenobenzolique, par STOKES et CATHEART.	437	— Traitement de la syphilis par le bismuth, par FOURNIER et GUÉNOT.	316
— Argyrie et mélanose arsenicale de la peau et des muqueuses après silbersalvarsan et néosalvarsan, par KOGST.	438	— Valeur du bismuth dans le traitement de la syphilis, par RADAELLI.	316
— Traitement de la dermatite arsenobenzolique et de certaines autres intoxications métalliques, par BRIDE et DENNIE.	438	— Traitement de la syphilis par le bismuth, par MÜLLER.	317
— Le traitement de la syphilis, par MUSUMECI GRASSO.	606	— Le traitement des syphilis nerveuses par le tartrobismuthate de soude et de potasse, par MARIE et FOURCADE.	317
Traitement par les arsenicaux. Une modification au traitement habituel de la syphilis, par THOMSON.	317	— Le bismuth dans le traitement de la syphilis, par LEVADITI.	740
— Contribution à l'étude de quelques cas d'arséno-résistance, par NYSSENS.	318	Traitement par l'iode. Influence de l'iode de potassium sur la syphilis et particulièrement sur la R. W., par HIRSCH.	315

Traitement par le mercure.		
Le cyanure de mercure dans les cirrhoses veineuses et les néphrites syphilitiques, par MILIAN et LELONG	313	
— Sur l'administration intravei- neuse des préparations mer- curielles colloïdales dans le traitement de la syphilis, par TEICHMANN		314
— Sur le traitement abortif de la syphilis par le traitement combiné salvarsan-mercure, par SILBERSTEIN.		314

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE HOPITAL SAINT-LOUIS

Professeur : M. JEANSELME

COURS DE PERFECTIONNEMENT

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES

Sous la direction de M. le Professeur Jeanselme avec la collaboration de :

M. le Professeur Sebileau et de MM. Hudelo, Milian, Ravaut, Lortat-Jacob, Louste, médecins de l'Hôpital Saint-Louis, Lian, Darré, Tixier, De Jong, Sézary, Touraine, médecins des hôpitaux.

M. Gougerot, professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

MM. Coutela, ophtalmologiste des hôpitaux; Hautant, Lemaitre, otorhino-laryngologistes des hôpitaux.

Sabouraud, chef du Laboratoire municipal de l'hôpital St-Louis; P. Chevalier, ancien chef de clinique; Burnier, Marcel Bloch, Hufnagel, Schulmann, chefs de clinique et de laboratoire à la Faculté; Giraudau, chef des travaux chimiques et physiques; Marcel Sée, Bizard, Noiré, Civatte, Ferrand, chefs de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; Barbe, médecin des Asiles; Wolfrom, Richard, Flurin.

Le cours complet de *DERMATOLOGIE* commencera le 30 avril 1924.

Le cours complet de *VENEREOLOGIE* commencera le 2 juin 1924.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 150 francs.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au Musée de l'Hôpital Saint-Louis et à l'Amphithéâtre de la Clinique (salle Henri IV), 40, rue Bichat (10^e), Paris.

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de Physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets, finsentherapie, radium), de Thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

Le Musée des Moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Les cours auront lieu tous les après midi de 1 h. 30 à 4 heures et les matinées seront réservées aux Polycliniques, visites des salles, consultations externes, ouvertes dans tous les services aux élèves.

Un certificat sera attribué aux assistants à la fin des cours.

On s'inscrit au Secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'Ecole de Médecine (guichet 3).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Burnier, chef de clinique à la Faculté, Hôpital Saint-Louis (pavillon Bazin).

NÉCROLOGIE

DE BEURMANN (1849-1923).

Bien que sur son désir les obsèques de De Beurmann aient été faites dans la plus stricte intimité et n'aient été l'objet d'aucune manifestation officielle, nous ne pouvons passer sous silence la perte que vient de faire la Dermatologie française.

Interne des Hôpitaux en 1874, de Beurmann fut nommé Médecin des Hôpitaux de Paris en 1884 puis successivement chef de service à l'Hôpital Broca et à Saint-Louis. En 1910, il fut président de la Société Médicale des Hôpitaux.

Son goût des voyages et ses nombreux séjours en Extrême-Orient l'amènèrent à étudier particulièrement les maladies exotiques et surtout la lèpre. Si son nom a été répandu et connu ce n'est pas seulement par ses nombreux travaux dermatologiques mais surtout par la découverte d'un entité morbide particulière, polymorphe d'aspect, due à un champignon du groupe des *Sporotrichum* et dont le type reste désormais fixé sous le nom de *Sporotrichum Beurmanni*. Cette étude poursuivie avec ses élèves Louis Ramond et Gougerot réunie dans un gros volume sur les Sporotrichoses rendra toujours vivant parmi nous et livrera à la postérité le nom de de Beurmann. P. RAVAUT.

Gustavo BARGIONI (1839-1922).

Le docteur Bargioni, décédé à Florence, et ancien secrétaire de l'Académie médico-physique de cette ville, était connu pour divers travaux appréciés, mais son nom mérite aussi d'être conservé dans l'histoire de la médecine pour l'acte hautement généreux par lequel il s'offrit, avec deux de ses collègues, Enrico Rosi et Enrico Passigli, pour servir à l'inoculation du sang d'un syphilitique. On discutait alors la question de la transmissibilité de la syphilis par le sang. L'expérience faite par le professeur Pietro Pellizzari donna un résultat positif pour Bargioni, et négatif pour ses deux collègues.

F. BALZER.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

CAVAL — IMPRIMERIE BARNÉOUD.





Pansement Médicamenteux

VERNIS SEMI-GRAS SOLUBLE A L'EAU

Laccoderme

A l'Oxyde de Zinc : Affections légères de la peau.

ou Goudron de Houille : Affections squameuses
et prurigineuses.

A l'Ichthyol : Impétigo, Ecthyma.

A l'Ichthyol stovaine :

Prurits,
Eczémas.

LACCODERME

Pour le traitement des Dermatoses

LACCODERME

Le "Laccoderme" s'étend
sur la partie malade sèche immé-
diatement et ne nécessite pas d'enveloppement.

P. BRISSON & C^e, 74, Rue Champignnet - PARIS (18^e)

Ventes et Laccoderme : 114, Avenue Michelot, 114 — SAINT-QUEN (Seine)

R. G. Seine 27.247

BACTÉRIOTHÉRAPIE DES MALADIES MICROBIENNES

Vaccins Atoxiques Stabiles

NÉO-DMÉGON

Vaccin *antigonococcique curatif*

Pour le traitement de la blennorrhagie aiguë et surtout de ses complications :
Orchites, Arthrites, Prostatites, Métrites et Salpingites,
Ophtalmies purulentes, etc.

Le NÉO-DMÉGON trouve également son emploi dans le traitement
de la vulvo-vaginite des petites filles.

Présentation : en boîtes de 4 et 6 doses.

NÉO-DMESTA

Vaccin *antistaphylococcique curatif*

Pour le traitement des affections suivantes :

Furonculose, Anthrax, Phlegmons, Acné juvénile,
Abscess dentaires, amygdales, etc.

Présentation : en boîtes de 6 doses.

Littérature sur demande.

LES ÉTABLISSEMENTS POULEN FRÈRES

86, 94, Rue Vieille-du-Temple — PARIS (3^e)

R. de C. — Paris, 5, 300

LOTION VÉGÉTALE RÉGÉNÉRATRICE de PACHAULT

Pour empêcher la chute des cheveux et en favoriser l'entretien normal.
ACTION RAPIDE, CERTAINE et INOFFENSIVE. — Par L. PACHAULT, 128, Rue de Valenciennes, PARIS.

PLUS D'IODISME ! IODURE DE POTASSIUM chimiquement pur de L. PACHAULT

Tubes de 0,50, 0,50, 1 gr. et 2 gr. — AUCUNE FATIGUE POUR L'ESTOMAC. — Dose : 100, 200 ou 300 mg. — PARIS, 128, Rue de Valenciennes.

SUPPOSITOIRES laxatifs de L. PACHAULT

à la Glycérine et à l'huile de Palma Christi. — Forme spéciale permettant l'introduction plus facile et la pénétration plus profonde. — EFFET RAPIDE et DUR. — EN VENTE dans toutes les PHARMACIES.

R. de C. — Paris, 63, 500



QUATAPLASME

du Docteur E. LANGLEBERT

Adopté par les Ministères de la Guerre, de la Marine et des Colonies
Pansement émollient aseptique instantané

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :

ABCS
FURONCLES
PHLEGMONS

ANTHRAX
PANARIS
BRULURES

MAIES VARICOSES
SCZÉNAS
PHLEBITES

GERÇURES du SEIN
MALADIES de la PEAU
CHIRURGIE OCULAIRE

VENTE EN GROS : 10, Rue Pierre Durand, PARIS et toutes Pharmacies.
SE MÉFIER DES CONTREFAÇONS

R. de C. — Paris, 12, 500

LATAP. — IMPRIMERIE BARRÉD.

